



LIZIANE PEREIRA DE MELO ALVES

**ABSENTEÍSMO DECORRENTE DA COVID-19 NOS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO INÍCIO DA PANDEMIA NO BRASIL**

BRASÍLIA, 2023

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

LIZIANE PEREIRA DE MELO ALVES

**ABSENTEÍSMO DECORRENTE DA COVID-19 NOS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO INÍCIO DA PANDEMIA NO BRASIL**

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

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde (PPG).

Orientadora: Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Coorientadora: Dra. Juliana Leal Ribeiro Cantalino

BRASÍLIA-DF

2023

LIZIANE PEREIRA DE MELO ALVES

**ABSENTEÍSMO DECORRENTE DA COVID-19 NOS HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO INÍCIO DA PANDEMIA NO BRASIL**

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

Aprovado em 27 de janeiro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Magda Duarte dos Anjos Scherer (Presidente)

Universidade de Brasília

Noemia Urruth Leão Tavares (Membro interno do PPGSC)

Universidade de Brasília

Francine Lima Gelbcke (Membro externo do PPGSC)

Universidade Federal de Santa Catarina

Wallace dos Santos (suplente)

Doutor em Saúde Coletiva

A todos trabalhadores da saúde que, de alguma maneira, contribuíram para prestar um bom atendimento durante esse evento tão inesperado e desafiador em nossa história.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação representa mais que uma pesquisa. Representa o encerramento de um grande sonho e desafio que me propus a concretizar após um longo período distante da academia. Diante disso, gostaria de agradecer a todos aqueles que me acolheram, me apoiaram e que compartilharam comigo este processo.

Primeiramente agradeço às minhas orientadoras, Professora Doutora Magda Duarte dos Anjos Scherer e Doutora Juliana Leal Ribeiro Cantalino que estiveram comigo durante todo este percurso me direcionando e me acolhendo sempre que precisei.

Aos Professores da Faculdade de Medicina: Doutora Lícia Maria Henrique da Mota e Doutor Cleandro Pires de Albuquerque que compartilharam conhecimento e atenderam prontamente a todas as minhas dúvidas.

Agradeço aos profissionais da EBSEH na qual este estudo foi desenvolvido, visto que eles foram essenciais para que eu pudesse ter dados para análise.

À minha família, minha gratidão por encarar comigo este desafio e pelo apoio incondicional abdicando da minha presença por diversas vezes.

Aos colegas de mestrado que, mesmo distantes fisicamente, fizeram-se presentes para apoio emocional.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar)

RESUMO

O Absenteísmo é determinado como o não comparecimento ao trabalho por diversos motivos, dentre eles o afastamento por doença é um dos mais recorrentes e que impacta diretamente na gestão de recursos humanos e desempenho da organização. No contexto hospitalar, a ausência de um trabalhador pode resultar em perda da qualidade da assistência prestada e aumentar o custo operacional para o hospital. No contexto do trabalhador, a ausência pode gerar uma autoinsegurança ou até mesmo mais estressores decorrente de um problema de saúde. A gestão de recursos humanos contribui como mais um recurso de análise e possibilidade de solução para o desempenho da organização, sendo importante no conhecimento dos fatores que indicam maior propensão ao afastamento, possibilitando que a instituição atue na promoção e prevenção. Diante disso, objetivou-se analisar o absenteísmo relacionado à COVID-19 de profissionais de saúde que atuam na Rede hospitalar da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no período de 26 de fevereiro de 2020 a 31 de julho de 2020. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, através da análise dos dados secundários disponibilizados no sistema de registro da medicina do trabalho da rede EBSERH. Para definição da população estudada foi estipulado os afastamentos a partir do primeiro caso de COVID-19 no Brasil, 26 de fevereiro de 2020 e para uniformidade da análise dos dados foi definido apenas os trabalhadores que atuam como profissionais de saúde segundo resolução do Conselho Nacional de Saúde com vínculo empregatício com a EBSERH que registraram afastamentos no período determinado por motivos relacionados à COVID-19, totalizando 19.224 registros de afastamentos decorrente de COVID-19. Foi realizada descrição dos registros de afastamentos por doença por meio das análises do índice de frequência calculado de acordo com a Comissão Internacional de Saúde Ocupacional. Primeiramente foi realizado um panorama geral de afastamentos nas regiões do Brasil com a descrição dos afastamentos decorrente da COVID-19 e outros afastamentos. Em seguida, foi realizado a frequência de afastamento de acordo com as características pessoais e condições do contrato de trabalho, tempo de afastamento do trabalho por lotação de trabalho e por profissão de saúde. Do total de afastamentos por COVID-19, observou-se que os hospitais da região Nordeste concentraram o maior percentual de absenteísmo (65%), assim como o maior índice

de frequência (0,90) em relação a outras regiões. A média de dias de afastamento desses trabalhadores foi de $5,9 \pm 5,7$, havendo um predomínio de afastamento em mulheres em três regiões do país, Nordeste, Norte e Sudeste e predomínio masculino nas regiões Centro-Oeste e Sul, a idade de 40 a 49 anos esteve entre a primeira ou a segunda mais frequente no afastamento por COVID-19 enquanto que para o tempo de serviço observou-se que o maior índice de afastamento por COVID-19 ocorreu entre os trabalhadores que estão na empresa de um a três anos de contratação em três regiões do país (Centro-oeste, Nordeste e Norte) e nos trabalhadores com contrato há mais de cinco anos nas regiões Sudeste e Sul. No tocante a lotação de trabalho, foi observado que os trabalhadores de assistência direta ao paciente apresentaram mais que o dobro de afastamento em todas as regiões do país. Já sob a ótica do tempo de afastamento, as licenças mais curtas de 1-5 dias prevaleceram em quase todas as regiões do país. Ao analisarmos o índice de frequência de afastamento por COVID-19 nas profissões de saúde, este não foi homogêneo, estando entre as profissões que mais tiveram impacto de afastamento as profissões de Fonoaudiólogo, Médico, Terapeuta Ocupacional e Cirurgião Dentista. Os resultados contribuem para a compreensão dos afastamentos de trabalhadores expostos e quais ocupações foram mais impactadas, trazendo subsídios para a gestão do trabalho nos hospitais da Rede EBSEH.

Palavras-chave: Absenteísmo, COVID-19, Profissionais de saúde, Hospital Universitário

ABSTRACT

Absenteeism is determined as non-attendance to work for distinct reasons, among them sick leave is one of the most recurrent that directly impacts the management of human resources and the organization's performance. In the hospital context, the absence of a worker can result in loss of quality of care provided and increase operating costs for the Hospital. In the context of the worker, absence can generate insecurity or even more stressors due to a health problem. Human resources management contributes as one more factor of analysis and solution for the performance of the organization, being important in the knowledge of the factors that indicate a greater propensity to leave, allowing the institution to act in the promotion and prevention of leaves. In view of this, the objective of this study was to analyze the absenteeism related to COVID-19 of health professionals who work in the EBSEH hospital network from February 26, 2020 to July 31, 2020. data from the FORCE II survey that analyzes the direct and indirect impact of COVID-19 on the health workforce of hospitals in the EBSEH. In this one, we work in a descriptive, transversal way with a quantitative approach, through the analysis of secondary data available from the occupational medicine registration system of the EBSEH network. In order to define the studied population, leaves were defined as of the first case of COVID in Brazil, February 26, 2020, and for uniformity of data analysis, only workers who act as health professionals were defined, according to the resolution of the National Health Council with employment relationship with EBSEH who registered leaves in the determined period for reasons related to COVID-19, totaling 19,224 records of leaves. A description of sick leaves was carried out through analysis of the frequency index calculated according to the International Occupational Health Commission. First, an overview of leaves in the regions of Brazil was carried out with a description of leaves resulting from COVID-19 and other leaves. The region that had the highest percentage of sick leave due to COVID-19 in the country was the Northeast (65%), even in the face of the larger population of EBSEH workers, the frequency rate (0.90) in the region is about twice that of other regions. The frequency of leave was performed according to personal characteristics and conditions of the employment contract, time of leave from work by workload and by health career. Of the total number of sick leave due to COVID-19, it was observed that the average number of days off work for these

workers was 5.9 + - 5.7, with a predominance of leave for women in three regions of the country, Northeast, North and Southeast and male predominance in the Midwest and South regions, the age of 40 to 49 years was among the first or second most frequent in terms of leave due to COVID-19, while for length of service it was observed that the highest rate of leave by COVID-19 occurred among workers who have been with the company for one to three years in three regions of the country (Midwest, Northeast and North) and among workers with a contract for more than five years in the Southeast and South regions. About workload, it was observed that direct patient care workers had more than twice the number of leaves in all regions of the country. From the perspective of length of leave, shorter leaves of 1-5 days prevailed in almost all regions of the country. When analyzing the frequency index of leave due to COVID-19 in the health professions, it was not homogeneous, with the careers of Speech Therapist, Physician, Occupational Therapist and Dental Surgeon being among the professions that had the most impact on leave. The results contribute to the understanding of the absences of exposed workers and which occupations were most impacted, providing subsidies for the management of work in the hospitals of the EBSEH.

Keywords: Absenteeism, COVID-19, Health professionals

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa dos hospitais e maternidades que compõe a rede EBSEH.....	29
Figura 2- Fluxograma dos critérios de inclusão e exclusão para definição da população.....	39
Gráfico 1- Índice de frequência de afastamento decorrentes da COVID-19 entre os trabalhadores da assistência direta ao paciente e outras lotações, estratificado pela duração dos afastamentos, de acordo com a região do Brasil.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da população estudada, número, proporção e índice de frequência dos afastamentos por COVID-19 e por outros motivos, estratificados por regiões do Brasil.....	51
Tabela 2- Índice de frequência de absenteísmo decorrentes da COVID-19 de acordo com sexo, idade, carga horária e tempo de serviço por região do Brasil.....	53
Tabela 3- Índice de frequência de absenteísmo decorrentes da COVID-19 de acordo com as profissões de saúde por região do Brasil	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Filiais e hospitais universitários com contrato de gestão com a rede EBSERH	31
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças

CH - Carga Horária

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças – 10

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COVID-19 - Infecção pelo novo Coronavírus

DORT - Distúrbios Osteomusculares

DP - Desvio-Padrão

EAD - Educação a distância

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EPIs - Equipamentos de Proteção Individual

IFES - Instituições Federais de Ensino Superior

LER - Lesões por Esforço Repetitivo

MERS - Síndrome Respiratória do Oriente Médio

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

PPG - Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde

REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários
Federais

SARS - *Severe Acute Respiratory Syndrome* ou Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV-2 – Novo tipo de Coronavírus humano

SESMT - Setor de Saúde e Medicina do Trabalho

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

UFTM - Universidade do Triângulo Mineiro

UnB - Universidade de Brasília

HU- Unifap – Hospital Universitário da Universidade do Amapá

% de Diferença- Índice em percentual de diferença

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
OBJETIVOS	21
OBJETIVO GERAL.....	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
A PANDEMIA DA COVID-19.....	21
CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DE ABSENTEÍSMO	23
CONTEXTO DO ESTUDO – A EBSEH.....	28
MÉTODO	36
TIPO DE ESTUDO	36
POPULAÇÃO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	36
PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	37
PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DOS DADOS.....	39
PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	42
ASPECTOS ÉTICOS.....	43
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
ARTIGO: ABSENTEÍSMO DECORRENTE DA COVID-19 NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO INÍCIO DA PANDEMIA NO BRASIL	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICE A – LISTA DE AGRUPAMENTO DE LOTAÇÃO DE TRABALHO.....	76
APÊNDICE B – QUANTITATIVO ABSOLUTO DE POPULAÇÃO E AFASTAMENTO DE TODAS AS VARIÁVEIS ANALIZADAS.....	78

1 APRESENTAÇÃO

A construção deste trabalho nada mais é do que o reflexo da minha experiência vivida durante a pandemia de COVID-19. O escopo teórico e metodológico traduziu o que foi percebido e compartilhado no meu percurso de experiência profissional em gestão de saúde. Sou enfermeira de formação, atuei em gestão em saúde desde o início da minha carreira profissional. Trabalhei por quase dois anos na EBSERH no setor de Hotelaria e concomitante trabalhei no Hospital de Base do DF no centro cirúrgico. Cerca de 1,5 ano antes da pandemia, migrei para um setor de compras de materiais da secretaria de saúde onde fui gerente no início da pandemia e ascendi a Diretora. Ao término de 2020, optei em sair dos cargos e atuar na atenção primária em saúde no DF, onde estou até o momento. Estive lá no auge da 2ª onda de COVID em Brasília, no início da vacinação e em todos os desafios que a Pandemia de COVID trouxe à tona no contexto de saúde.

Portanto, além do interesse particular no detalhamento desses “riscos” de absenteísmo, a pesquisa norteia a atuação das categorias profissionais possibilitando a ampliação de recursos teóricos que justifiquem melhorias na demanda de trabalho e em consequência qualidade de vidas dos profissionais. Realizar esta pesquisa sobre o absenteísmo decorrente da COVID-19 entre os profissionais de saúde permitiu visualizar claramente o que foi vivenciado no trabalho diário. Durante o desenvolvimento das minhas atribuições laborais, pude sentir a ausência de um colega de trabalho, a escassez de informações e treinamentos, a parceria de tantos trabalhadores e por vezes o desespero em momentos de situação extrema. Mesmo diante das adversidades, todos souberam otimizar recursos e não se deixaram abater sendo um suporte para todos que dependem diretamente do cuidado.

O início dessa pesquisa foi inspirador, diante da possibilidade de analisar o absenteísmo na rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no contexto da pandemia, em que os profissionais de saúde vivenciaram um período crítico de absenteísmo.

2 INTRODUÇÃO

Absenteísmo é a ausência não programada ao trabalho que impacta diretamente na qualidade do serviço a ser desempenhado. Esse fenômeno é objeto de análise em diversas áreas, sejam áreas de prestação de serviços ou estudos sobre a força de trabalho. Na saúde é um tema amplamente abordado, tanto para análise do impacto nos recursos humanos qualificados, quanto para análise das patologias que mais causam afastamento e dos custos associados à ausência do trabalhador. (Paulino et al. 1973; LEMOS et al., 2018; PAIVA; DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020).

As causas do absenteísmo estão associadas a vários fatores, desde condições de trabalho como jornada e turno do serviço bem como reconhecimento profissional. O absenteísmo contribui para o declínio da qualidade do serviço prestado pelas instituições, pois impacta diretamente no atendimento oferecido ao usuário dos serviços. Além disso, impacta também no trabalhador, podendo lhe trazer mais sofrimento pela redução do seu rendimento, culpabilidade e sobrecarga financeira familiar, nesse caso, quando há redução financeira decorrente do afastamento. (REIS et al., 2003; SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2018)

Conhecer a situação do absenteísmo no local de trabalho é fundamental para a gestão de recursos humanos e no contexto de uma pandemia como a da COVID-19, e torna-se ainda mais relevante ter a adequada informação para ajustes e tomadas de decisões estratégicas. A saúde tem o desafio de se preparar para combater uma nova ameaça de maneira rápida e eficiente, contudo, a preparação requer capacidade de resposta às emergências em saúde pública de todo o mundo. As execuções implementadas no tempo certo podem minimizar os impactos na saúde, na economia e na sociedade. (PALLADINO et al., 2020)

O tempo disponível para que as instituições se organizassem e efetuassem reestruturações para enfrentamento da pandemia foi escasso, e determinou que o planejamento ocorresse em conjunto com o enfrentamento da pandemia. Em poucos dias, foi necessário realizar o aumento do número de vagas de cuidados de pacientes críticos, suspensão de atividades programáveis, reorganização de recursos humanos, redirecionamento de atribuições de profissionais de saúde classificados como grupo de risco, adaptação ao novo modelo de atendimento por telemedicina, cooperação entre diversos setores. Todo o esforço foi exaustivo e contribuiu para o estresse dos

profissionais de saúde, favorecendo ainda mais afastamentos não relacionados à doença, mas decorrentes dela (EL-HAGE et al., 2020).

A pandemia da COVID-19 exigiu ações de contenção inesperadas e peculiares, o que levantou preocupações sobre a preparação dos sistemas de saúde pública do mundo todo para a otimização da capacidade de resposta dos serviços de saúde. Captar os fatores contribuintes para as respostas em tempo oportuno à pandemia são fundamentais para fomentar a preparação e a qualidade das ações de saúde pública. (PALLADINO et al., 2020)

Nesse contexto, considerando que o absenteísmo pode ser mais um agravante no atendimento de saúde e que o mapeamento do absenteísmo fornece informações relevantes sobre os profissionais de saúde, a EBSEH, por meio de diversas linhas de pesquisa e projetos de cooperação, está estudando as características clínicas, laboratoriais e fisiopatogênicas da doença, além de aspectos ligados à saúde mental de profissionais da saúde, residentes médicos e das áreas multiprofissionais. Entre os projetos está o Grupo Force II, composto por trabalhadores e estudantes do Hospital Universitário de Brasília, da sede da EBSEH e discentes de mestrado e doutorado que trabalham com o objetivo de avaliar o impacto direto e indireto da COVID-19 sobre a força de trabalho em saúde dos hospitais da rede EBSEH. O escopo do presente estudo foi um recorte dos dados disponibilizados para o grupo Force II com a atribuição de analisar o histórico de absenteísmo no período pandêmico de profissionais que trabalham na rede EBSEH e tiveram afastamentos por motivos decorrentes da COVID-19. BRASIL (2022b).

Em face da contemporaneidade da pandemia, observou-se a necessidade de estudar o absenteísmo nos hospitais da rede EBSEH, onde os profissionais atuam no enfrentamento da COVID-19, com intuito de obter métricas quantificáveis que possam ser utilizadas para analisar o processo de trabalho e que indiquem quais práticas de recursos humanos podem mitigar o risco de contaminação. Foi analisado como possibilitar readequação de planos de contingência para que possam contribuir para a qualificação de todos os profissionais expostos e conseqüentemente uma prevalência menor de absenteísmo. Assim sendo, este estudo tem a finalidade de investigar os afastamentos relacionados à COVID-19 de profissionais de saúde que atuam no cuidado ao paciente em Hospitais Universitários Federais, norteado pela seguinte questão:

Qual a dimensão do absenteísmo na rede EBSEH decorrente da COVID-19?

Para isso, primeiramente foi detalhado, no decorrer dos capítulos, o advento da COVID-19, os riscos aos quais os profissionais estão submetidos, alguns dados sobre morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, além das adequações necessárias para o enfrentamento dessa nova doença. Sequencialmente, foi trabalhado o conceito de absenteísmo por meio de uma busca na literatura, classificações, inferências possíveis ao analisar o absenteísmo e causas. Logo em seguida, contextualizamos o estudo com a caracterização do local do estudo, que contempla uma rede de 41 hospitais universitários+++ com contribuição diversificada ao atendimento à população bem como contribuição ao enfrentamento da COVID-19. Seguiu-se, então, o procedimento de análise, apresentação e discussão dos dados de afastamento da COVID-19.

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o absenteísmo decorrente da COVID-19 de profissionais de saúde que atuam na Rede hospitalar da EBSEH por regiões do Brasil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a proporção e o índice de frequência do absenteísmo decorrente da COVID-19 e de outros afastamentos;
- Descrever a frequência de absenteísmo decorrentes da COVID-19 de acordo com sexo, idade, carga horária e tempo de serviço;
- Comparar a frequência e a duração do afastamento decorrentes da COVID-19 por setores de atuação do trabalho;
- Identificar as categorias profissionais com maior frequência do afastamento decorrentes da COVID-19.

4 A PANDEMIA DA COVID-19

Após o surto de doença respiratória em trabalhadores de um mercado de alimentos de Wuhan, na China, houve um alerta ocorrido pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) da China no dia 30 de dezembro de 2019 de um novo vírus com potencial pandêmico seguido da manifestação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 declarando que a COVID-19 tornou-se uma pandemia mundial (OMS, 2020). Frente à possibilidade de disseminação da doença ocorrer de maneira acelerada bem como a ausência de imunidade da maioria da população, o Ministério da Saúde do Brasil publicou a portaria nº 356/GM/MS a qual regulamentou a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus responsável pelo surto de 2019.

Com a velocidade de transmissão da doença e o aumento repentino do número de casos, diversas cidades tiveram que se preparar para atender à demanda inesperada. Na China, dois novos hospitais foram construídos para isolar e tratar do número de casos crescentes em um período de menos de dois meses, foi necessário ocorrer diversas migrações de profissionais de outros locais para servir de força de trabalho. Devido ao alto risco de contrair a doença do novo coronavírus, os profissionais de saúde foram submetidos a treinamento com procedimentos de colocação e retirada de proteção individual, atendimento a pacientes com a COVID-19 e manejo de materiais contaminados. (TANG et al., 2020; WU; MCGOOGAN, 2020).

A pandemia de COVID-19 afetou diversos setores, muito além da saúde, e alterou a expectativa de vida da população. Em relatório de estatísticas mundiais de saúde, emitido pela OMS, a expectativa de vida geral na África do Sul caiu de 62,4 anos para 59,3 anos em homens e de 68,4 anos para 64,6 anos em mulheres entre 2020 e 2021. Todos os recursos utilizados para conter a disseminação da COVID-19 geraram prejuízos materiais ou psicológicos, determinando a continuidade do comércio, a prestação de serviços, problemas econômicos nos países, falência de lojas, desemprego. (WHO, 2022)

Como a COVID-19 é uma doença nova, ainda apresenta muitas incógnitas, diante disso foram necessárias muitas readequações dos serviços de saúde como suspensão de atendimentos eletivos, cirúrgicos ou críticos em 38% dos países, tanto

por escassez de profissionais quanto por escassez de materiais. Essa suspensão adiou diagnósticos e tratamentos de doenças com possibilidade de cura, diretamente proporcional a brevidade do diagnóstico, além de favorecer avanço de doenças preveníveis. Além disso, a COVID-19 se tornou uma das dez principais causas de morte em todo o mundo, sendo a principal causa de morte em pessoas de 45 a 84 anos. (WHO, 2022)

Os profissionais de saúde, por estarem diretamente ligados ao cuidado diário, são submetidos à exposição de alta carga viral, risco de contaminação, exaustão física, reorganizações nas lotações de trabalho, escassez de materiais ou treinamentos além da frequência de mortes entre pacientes e colegas de trabalho, tornando o profissional vulnerável. Pode-se ressaltar, como um dos maiores exemplos de risco para contaminação profissional, o caso do óbito do Dr. Li Wenliang, um dos primeiros médicos chineses a alertar para a periculosidade do novo coronavírus que teve o seu óbito constatado após a infecção por COVID-19 (EL-HAGE et al., 2020).

É incontestável a necessidade de integração entre as diversas especialidades para que o cuidado seja amplo e completo, rápido e otimizado, contudo, diante de uma situação inédita, a conjunção de todos os esforços para o atendimento à população pode ocasionar grande exaustão mental aos profissionais, além de muitos desafios e perdas (BARBOSA, 2017; EL-HAGE et al., 2020).

Os serviços de saúde ficaram sob constante pressão, os profissionais foram comparados a “lutadores” de uma guerra. Essa metáfora ressalta uma identidade altruísta dos profissionais de saúde, demonstrado através da pesquisa em um hospital dinamarquês que evidenciou nos indivíduos pesquisados a característica de buscar promover o bem-estar dos outros sem pensar em seus próprios interesses e necessidades. Os profissionais da pesquisa foram testados para COVID-19 e, enquanto esperavam o resultado, manifestavam sentimento de fracasso profissional por estarem ausentes no trabalho, sobrecarregando a equipe. Além disso, relatavam preocupações e medos de deixarem a população desassistida por não haver força de trabalho suficiente, demonstrando que a equipe de saúde reconhece que habitualmente o trabalho em saúde é exaustivo e que o afastamento por motivo de saúde pessoal é uma situação crítica (MISSEL et al., 2020).

Frente à pandemia declarada, o impacto psicológico decorrente da medida de confinamento empregada por muitos países como maneira de contenção da disseminação, além de aguçar na população geral uma insegurança, especialmente

nas pessoas que sofrem de alguma doença de base, colaborou como mais um estressor aos profissionais que devem lidar no combate diário. Missel et al. (2020) relataram que os profissionais de saúde possuíam temores de contágio tanto para eles quanto para suas famílias, além do receio de transmitir a infecção a quem é mais vulnerável. Esses profissionais possuem um importante papel no cuidado da saúde da população, entretanto, são também um potencial para a propagação do vírus.

É notório que os profissionais que atuam no cuidado de pacientes com a COVID-19 reconheçam que estão susceptíveis aos riscos de contaminação e que essa preocupação pode ser mediadora de doenças de saúde mental nos profissionais de linha de frente. A China relatou em fevereiro/2020 um percentual de contaminação de 87,5% dos profissionais médicos que desempenham um papel crucial na prestação de cuidados às pessoas infectadas da COVID-19. (CHOU et al., 2020; GUPTA; SAHOO, 2020; HUANG et al., 2020; MISSEL et al., 2020).

Em abril de 2020, um estudo para identificar políticas específicas para profissionais de saúde e dados relacionados de morbidade e mortalidade no Brasil constatou que apenas 22% dos Estados brasileiros disponibilizavam os percentuais de contaminação entre profissionais de saúde nos sites oficiais, sendo que o estado de Pernambuco e Espírito Santo apresentavam, nesta data, um percentual de mais de 30% positivos por profissionais de saúde do total de casos confirmados. O dado demonstra que é grande o déficit de informações de casos da COVID-19 entre os profissionais de saúde e faz-se necessário adoção de políticas coordenadas para aumentar a proteção e vigilância de casos principalmente entre os profissionais (PESSA VALENTE et al., 2020).

Até a data de 31 de dezembro de 2022, o Brasil registrava o acumulado de 36.331.281 casos desde o primeiro evento notificado no país com o total de 693.853 mortes no mesmo período pelo novo coronavírus. No mundo, o Brasil é o 5º país com maior número de casos, ficando atrás somente dos Estados Unidos, Índia, França e Alemanha, enquanto na análise do número de óbitos, é o 2º país com maior número de mortes, atrás somente dos Estados Unidos, a taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil é de 1,9%.(DONG; DU; GARDNER, 2020; BRASIL, 2023).

5 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DE ABSENTEÍSMO

O absenteísmo é um acontecimento amplo que possui diversos fatores que influenciam a sua ocorrência, como por exemplo: grau de satisfação ou insatisfação com o trabalho, condições de trabalho, benefícios, turno de trabalho além dos aspectos de lideranças, cultura organizacional e processo de trabalho. Esses variam e incidem na frequência e duração da ausência e possibilitam inferências sobre a instituição e o trabalhador. A Comissão da Organização Internacional do Trabalho (OIT), definem absenteísmo como a ausência do empregado ao trabalho podendo decorrer devido a licença médica ou outro motivo para o período no qual ele estiver sido designado a trabalhar. Segundo Ferreira et al. (2012), “As licenças por doença podem ser mais bem explicadas pela influência de mecanismos complexos de inter-relação entre fatores relacionados ao indivíduo e fatores relacionados ao ambiente físico e social” (Paulino et al. 1973).

Capelari et al. (2014) e Barbosa (2017) ressaltaram que a gestão de recursos humanos contribui para a solução e o desempenho de organizações, que em algum momento enfrentem um infortúnio com reduções significativas de pessoal e necessidade de reestruturação. É imperioso o planejamento de estratégias que possibilitem uma uniformização da relação entre as características do absenteísmo e a produtividade promovendo indicadores que visem qualidade do trabalho com promoção a saúde e o bem-estar do trabalhador, além de beneficiar os resultados esperados para o serviço.

O estudo das licenças médicas torna possível uma reavaliação das políticas institucionais para saúde do trabalhador, com ações de promoção, prevenção e segurança criando soluções que visem melhoria tanto na produtividade quanto na qualidade de vida dos trabalhadores das instituições, com redução de custos diretos e indiretos à sociedade (MENDES; LIMA; MATIAS-PEREIRA, 2018; MISSEL et al., 2020).

No modelo de saúde pública brasileira, os profissionais de saúde são atores primordiais na inter-relação entre a comunidade e a resolução de problemas. Por muitas vezes, essa relação é o princípio de diversos estressores, que podem desencadear a síndrome do esgotamento profissional. Esta, por sua vez, impacta diretamente na intensa exaustão emocional, que pode ser associada à diminuição da

qualidade do trabalho executado, aumento do absenteísmo e da rotatividade, acidentes ocupacionais e conseqüentemente prejuízos às organizações (MARTINS et al., 2014).

A avaliação periódica do local de trabalho e a exposição a riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores estão submetidos podem ser insumos para o desenvolvimento de planos de resposta ao risco nas lotações de trabalho, bem como possibilita a criação de intervenções de saúde pública para abranger os trabalhadores que prestam atendimento além dos da população atendida. (GROENEWOLD et al., 2019)

O absenteísmo é classificado de acordo com suas causas em seis tipos: (ARAÚJO, 2012; FERNANDES, 2018; SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2018).

- Absenteísmo voluntário: quando o afastamento decorre por razões pessoais sem previsão legal;
- Absenteísmo legal: quando o afastamento decorre de razões legais como nos casos de matrimônio; serviço militar, doação de sangue ou mesmo morte de familiar;
- Absenteísmo compulsório: é aquele que decorre do afastamento do trabalho por motivos involuntários como penalidades e ações disciplinares;
- Absenteísmo - doença: é decorrente do afastamento por doença ou procedimentos médicos não relacionado a acidente de trabalho;
- Absenteísmo por acidente de trabalho: é o afastamento por acidente ou doença relacionado ao trabalho ou ocorrido no próprio local de trabalho incluindo o deslocamento para ele;
- Absenteísmo por conflitos laborais: são as ausências relacionadas a greves, assembleias não autorizadas, reivindicações de caráter laboral ou não laboral.

Ainda há outras classificações menos citadas: a classificação que tem enfoque na doença sendo classificados por ausência propriamente dita *versus* a presença com a produtividade reduzida; ou também ainda a classificação separada por fundamentações legais como afastamento por doença, acidente de trabalho, licenças legais ou afastamento voluntário por ausências não autorizadas e conflitos laborais. ARAÚJO (2012)

Em geral, a classificação identifica uma série de causas como as mais frequentes nos motivos de afastamento, contudo, no âmbito da saúde, onde há diversos ambientes de trabalho com distintas exposições a riscos e danos de origem tanto biológica, quanto física e até psicológica, o absenteísmo é dependente das atividades desempenhadas, podendo considerar que os trabalhadores estão expostos a doenças decorrentes de transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema osteomuscular como Lesões por Esforço Repetitivo (LER), Distúrbios Osteomusculares (DORT), doenças crônicas e até mesmo doenças que podem ser letais. (JUNKES; PESSOA, 2010; PAIVA; DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020).

Assim como os surtos anteriores de doenças emergentes de transmissão respiratória como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2002-2003 e da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) em 2012 que, apesar de terem acometido regiões mais delimitadas, demonstraram que manifestações virais com possibilidade de uma disseminação acelerada compromete principalmente a força de trabalho em saúde. No contexto da infecção por COVID-19, os riscos são potencializados pela característica de transmissão respiratória da doença predizendo que novos surtos ainda virão, ratificando que o absenteísmo dos profissionais de saúde deve ser amplamente estudado. (GIANINO et al., 2017)

Segundo Groenewold et al. (2019, p.580) “O absenteísmo no local de trabalho também é um componente do indicador de impacto da Avaliação da Severidade da Influenza Pandêmica da Organização Mundial da Saúde”. Em uma análise do absenteísmo entre trabalhadores durante a manifestação da gripe sazonal no ano de 2017 a 2018 nos Estados Unidos, foi evidenciado que o monitoramento e a vigilância da ausência no local de trabalho podem colaborar como uma ação suplementar de análise do impacto de uma pandemia. Rastrear tendências de absenteísmo em escolas e locais de trabalho permitem análises de padrões de doenças convencionais. (GROENEWOLD et al., 2020).

O processo de trabalho em saúde é bastante distinto dos demais serviços em relação ao absenteísmo, pois a ausência pode não estar somente associada com as condições de trabalho em que o profissional está submetido, como também com a alta carga emocional ligada ao desempenho da função, seja esta carga relacionada à pressão de conviver diariamente com processo de adoecimento e morte, ou seja, por pressão por produtividade (PAIVA; DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020).

Em um estudo sobre absenteísmo entre profissionais de saúde da região sul do Brasil em unidades hospitalares, observou-se que o índice de absenteísmo foi de aproximadamente 2% e que o sexo feminino apresenta um risco relativo de 1,86 vezes superior ao risco do sexo masculino. Desses afastamentos, cerca de 50% decorreram de transtornos mentais e comportamentais, seguidos das causas externas como lesões, envenenamento ou outras consequências de causas externas (cerca de 40%) e 22% doenças osteomusculares. No entanto, em uma análise de absenteísmo entre profissionais de saúde no Distrito Federal observou-se que o índice de absenteísmo foi de 39%. Também foi evidenciado maior frequência entre mulheres, explicado por diferenças corporais e fisiológicas, doenças exclusivas desse grupo de pessoas, contudo a maioria dos afastamentos foi similar, identificando cerca de 23% por transtornos mentais e comportamentais e aproximadamente 20% por doenças do sistema osteomuscular. (LEMOS et al., 2018; PAIVA; DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020).

A maioria dos estudos relacionados ao tema avalia a frequência e os principais motivos de afastamento, não sendo correlacionado com a produtividade da instituição, recursos para melhoria no desempenho ou ações de promoção de estratégias com intuito de mitigar a ocorrência e otimizar a produtividade (FERREIRA et al., 2012; CAPELARI et al., 2014; MISSEL et al., 2020).

Uma redução relevante do quantitativo de profissionais por motivos de saúde, devido a quarentena ou isolamento por COVID-19 sobrecarrega o sistema de saúde e por consequência, sobrecarrega a capacidade de cuidar dos pacientes com o mesmo vírus ou outras doenças. É inerente ao profissional de saúde a essencialidade da profissão, principalmente em uma situação crítica como uma pandemia e essa ausência não pode ser facilmente substituída podendo ser um risco à própria saúde e à sociedade. (MENDES; LIMA; MATIAS-PEREIRA, 2018; MISSEL et al., 2020).

6 CONTEXTO DO ESTUDO – A EBSEH

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, empresa pública com fonte de capital vinculado ao Ministério da Educação, foi criada pela Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, com o intuito de gerir os recursos do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). As ações de gestão têm o intuito de proporcionar a melhoria de estrutura física, tecnológica e de pessoal dos hospitais Universitários Federais. (DALCIN; LUNARDI; BARCELOS, 2021)

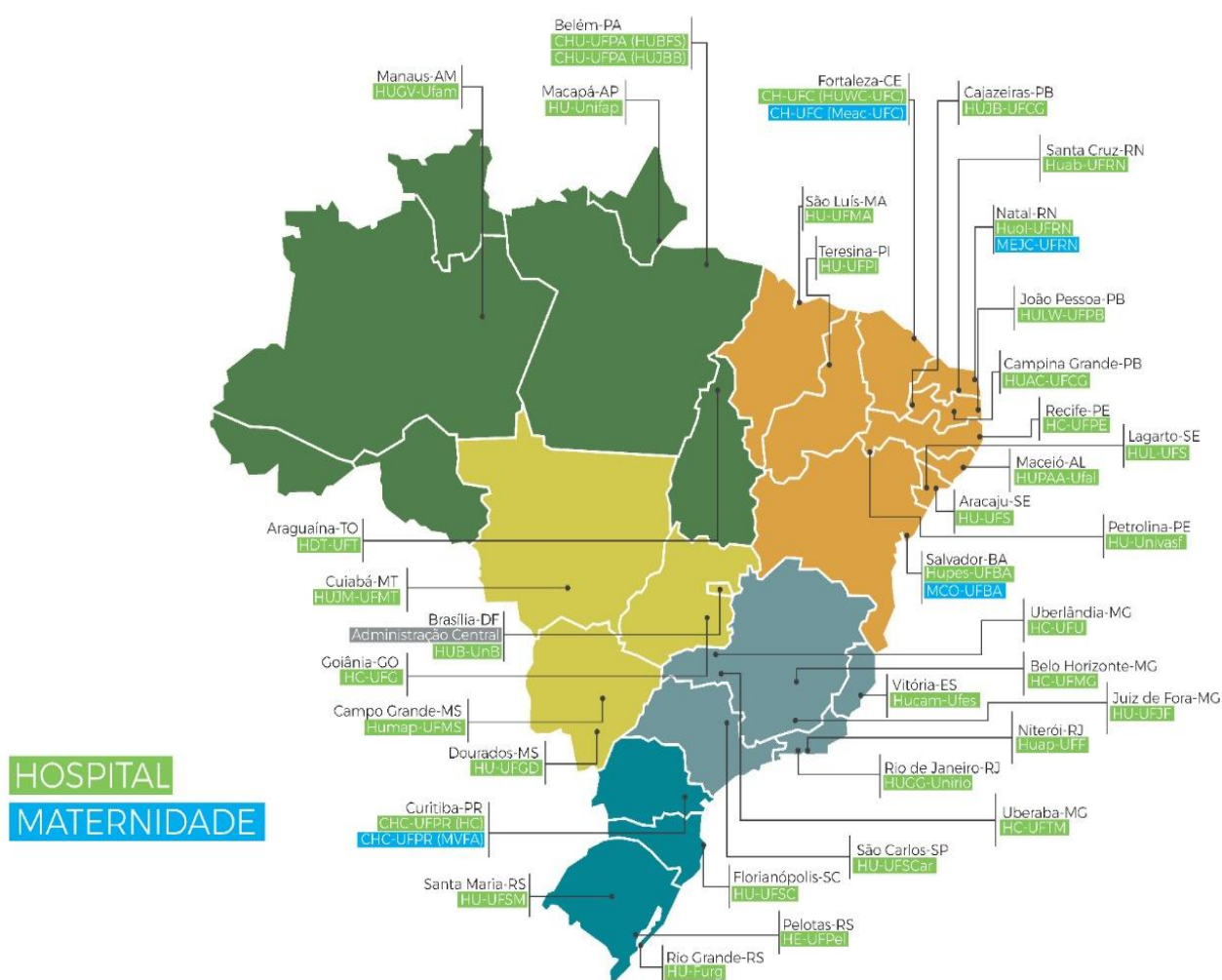
A EBSEH teve como finalidade conciliar a saúde e educação com um único gestor. Trata-se de uma empresa estatal dependente de capital da União e que possui uma rede de Hospitais Universitários Federais que prestam serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, serviços ambulatoriais de diagnóstico e terapias, além de prestar às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) ou instituições parceiras, apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, servindo de complemento à assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e muitas vezes ampliando a cobertura de demandas locais incompletas para a população onde possuem Hospitais Universitários. (BRASIL, 2022).

Os serviços de contratação dos Hospitais Universitários com a EBSEH iniciaram em 2013, sendo que cada hospital teve seu contrato firmado a seu tempo, as universidades pioneiras em aderir ao contrato de gestão da EBSEH foram a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), a Universidade de Brasília (UnB) e a Universidade do Triângulo Mineiro (UFTM). O quadro de pessoal da EBSEH é composto por empregados públicos admitidos por meio de concurso público com contrato de trabalho regido pela Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT) e por servidores e empregados públicos cedidos de outros órgãos após a promulgação da lei de criação da EBSEH, sendo que a força de trabalho da rede EBSEH caracteriza-se pelo curto tempo no emprego, ou seja, menos de dez anos, dado o pouco tempo de existência da empresa e conseqüentemente os concursos serem recentes. (MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015; PAIVA; DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020).

Ao todo, são 50 Hospitais Universitários Federais vinculados às IFES. A rede EBSEH firmou contratos de gestão com diversos hospitais Universitários, o último Hospital Universitário a compor a rede EBSEH foi o Hospital Universitário vinculado

a Universidade do Amapá (HU- Unifap), o qual aderiu ao contrato de gestão em junho/2022, completando até o momento 41 Hospitais Universitários Federais vinculadas à 36 Universidades Federais dispersos por todo o território nacional. A partir da adesão ao contrato de gestão da EBSEERH é instituída uma equipe de governança formada pelo Superintendente e três gerentes para realizar um levantamento em conjunto e definir necessidade de reestruturação. É analisada a carteira de serviços prestados além da proposição de ampliação de serviços pela unidade e a necessidade imediata de contratação de pessoal. (MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015; GOMES, 2016; BRASIL, 2022)

Figura 1- Mapa dos hospitais e maternidades que compõe a rede EBSEERH



Fonte: (BRASIL, 2022)

Os hospitais geridos pela EBSEERH possuem uma ampla carteira de serviços prestados com atendimento desde baixa até a alta complexidade, além de serviços de apoio diagnóstico e maternidade vinculados ao SUS oferecendo muitas vagas de residência médica e multiprofissional e servindo de campo de estágio para inúmeros cursos da área da saúde das Instituições Federais de Ensino Superior do país, fortalecendo a assistência hospitalar gratuita, além de apoio a aprendizagem, pesquisa e formações de profissionais como detalhado na figura 1. (DALCIN; LUNARDI; BARCELOS, 2021).

Esses contratos favorecem a rede na coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais, participar da distribuição de recursos financeiros e materiais, bem como unificar instrumentos de melhoria de gestão. A EBSEERH trabalha sob um modelo de gestão que tem como foco a produtividade, eficiência do serviço público, além da desburocratização do trabalho. (DALCIN; LUNARDI; BARCELOS, 2021; BRASIL, 2022).

Com base na resolução nº 25, de 21 de março de 2013 a EBSEERH cria filiais administrativas em cidades que existem Universidades Federais contratadas com objetivo de administrar o Hospital Universitário vinculado a tal Universidade. Podemos ver, no quadro 1, que a Região Nordeste representa a grande maioria das filiais e respectivamente Hospitais e o maior quantitativo de profissionais de saúde que trabalham nessa região.

A pandemia de COVID -19 tem demandado muita readequação em diversas áreas, sejam elas de suprimento ou de força de trabalho. A EBSEERH atuou de maneira dissipada para atacar várias frentes, elaborou planos de contingência regional e nacional que dentre diversas ações podemos destacar: na gestão de pessoas realizou processos seletivos emergenciais de contratação de profissionais com intuito de formar cadastro reserva para suprir as necessidades de substituição de pessoal quando houvesse necessidade das unidades hospitalares, sejam elas por número de casos na região, por realocação de profissionais, disponibilização de leitos específicos para a pandemia e outros aumentos de demanda. Ainda na gestão de pessoas, disponibilizou cursos de educação a distância (EAD) para atendimento padrão da parada cardíaca em tempos de COVID-19; Protocolo de paramentação para isolamento de gotículas e aerossóis COVID-19; Manejo ao Paciente Crítico; entre outros, criou e possibilitou sistemas de vigilância e monitoramento da rede a fim de identificar as necessidades de cada unidade no enfrentamento da pandemia, bem

como acompanhou a evolução e as tendências de atuação dos hospitais da rede frente a cada uma das regiões de saúde em que estão inseridos. (BRASIL, 2020c)

Quadro 1- Filiais e hospitais universitários com contrato de gestão com a rede EBSEH (continua)

REGIÃO (POPULAÇÃO DE TRABALHADORES)	UNIVERSIDADE	FILIAIS EBSEH
CENTRO-OESTE (4.767)	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul Universidade Federal de Mato Grosso Universidade de Brasília Universidade Federal da Grande Dourados Universidade Federal de Goiás	Humap-UFMS - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian / Campo Grande - MS HUJM-UFMT - Hospital Universitário Júlio Müller / Cuiabá-MT HUB-UnB - Hospital Universitário de Brasília / Brasília - DF HU-UFGD - Hospital Universitário da Grande Dourados / Dourados – MS HC-UFG - Hospital das Clínicas da UFG / Goiânia – GO
NORTE (1.708)	Universidade Federal do Amazonas Universidade Federal do Tocantins Universidade Federal do Pará Universidade Federal do Amapá	HUGV-Ufam - Hospital Universitário Getúlio Vargas / Manaus – AM HDT-UFT - Hospital de Doenças Tropicais / Araguaína - TO CHU-UFPA - Complexo Hospitalar Universitário da UFPA - HU Betina Ferro de Souza/ Belém – PA CHU-UFPA - Complexo Hospitalar Universitário da UFPA - HU João de Barros Barreto/ Belém – PA HU-Unifap - Hospital Universitário da Unifap / Amapá-AP
SUL (5.049)	Universidade Federal do Paraná Universidade Federal de Pelotas Universidade Federal do Rio Grande Universidade Federal de Santa Maria Universidade Federal de Santa Catarina	HUSM-UFMS - Hospital Universitário de Santa Maria / Santa Maria - RS HE-UFPEl - Hospital Escola da UFPEl / Pelotas – RS CHC-UFPR - Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR - Hospital de Clínicas e Hospital Vitor do Amaral / Curitiba – PR HU-Furg - Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. / Rio Grande – RS HU-UFSC - Hospital Universitário da UFSC - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago / Florianópolis-SC

Quadro 1- Filiais e hospitais universitários com contrato de gestão com a rede EBSEH (continua)

REGIÃO (POPULAÇÃO DE TRABALHADORES)	UNIVERSIDADE	FILIAIS EBSEH	
NORDESTE (16.749)	Universidade Federal do Piauí	HU-UFPI - Hospital Universitário do Piauí / Teresina -PI	
	Universidade Federal de Alagoas	HUPAA-Ufal - Hospital Universitário Professor Alberto Antunes / Maceió - AL	
	Universidade Federal da Bahia	Hupes-UFBA - Hospital Universitário Professor Edgard Santos / Salvador - BA	
	Universidade Federal do Ceará	MCO-UFBA - Maternidade Climério de Oliveira / Salvador - BA	
	Universidade Federal do Maranhão	Hospital Universitário Walter Cantídio / Fortaleza - CE	
	Universidade Federal da Paraíba	Maternidade-Escola Assis Chateaubriand / Fortaleza - CE	
	Universidade Federal de Pernambuco	HU-UFMA - Hospital Universitário da UFMA / São Luís - MA	
	Universidade Federal do Vale do São Francisco	HULW-UFPA - Hospital Universitário Lauro Wanderley / João Pessoa – PB	
	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	HUJB-UFRRN - Hospital Universitário Júlio Bandeira / Cajazeiras-PB	
	Universidade Federal de Sergipe	HUAC-UFRRN - Hospital Universitário Alcides Carneiro / Campina Grande – PB	
	Universidade Federal de Campina Grande	HC-UFPE - Hospital das Clínicas da UFPE / Recife - PE	
			HU-Univasf - Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros / Petrolina – PE
			Huab-UFRN - Hospital Universitário Ana Bezerra / Santa Cruz - RN
		Huol-UFRN - Hospital Universitário Onofre Lopes / Natal - RN	
		MEJC-UFRN - Maternidade Escola Januário Cicco / Natal - RN	
		HU-UFS - Hospital Universitário da UFS / Aracaju – SE	
		HUL-UFS - Hospital Universitário de Lagarto /Lagarto –SE	

Quadro 1- Filiais e hospitais universitários com contrato de gestão com a rede EBSEH (conclusão)

REGIÃO (POPULAÇÃO DE TRABALHADORES)	UNIVERSIDADE	FILIAIS EBSEH
SUDESTE (6.608)	Universidade Federal Espírito Santo	Hucam-Ufes - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes / Vitória - ES
	Universidade Federal de Minas Gerais	HC-UFGM - Hospital das Clínicas da UFGM/ Belo Horizonte - MG
	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	HC-UFTM - Hospital de Clínicas da UFTM / Uberaba - MG
	Universidade Federal de Uberlândia	HU-UFSCar - Hospital Universitário da UFSCar / São Carlos - SP
	Universidade Federal Fluminense	HU-UFJF - Hospital Universitário da UFJF / Juiz de Fora -MG
	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	HC-UFU - Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/ Uberlândia-MG
	Universidade Federal de Juiz de Fora	HUGG-Unirio - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle / Rio de Janeiro-RJ
	Universidade Federal de São Carlos	Huap-UFF - Hospital Universitário Antônio Pedro / Niterói-RJ

Fonte: Quadro adaptado das unidades da rede EBSEH. BRASIL (2022a).

Na gestão de recursos materiais e estruturais, incrementou o orçamento para manutenção predial, em caso de necessidade de adequação das unidades para atendimento de COVID-19, como por exemplo, aumento de pontos de gases medicinais, a melhoria da rede elétrica para atender o aumento do número de leitos, melhoria do sistema de climatização para garantir a boa circulação de ar, aquisição de insumos de materiais médicos, gases medicinais, EPIs e medicamentos a nível central por risco de desabastecimento além da compra já realizada a nível das unidades hospitalares, além de modelo padronizado para planejamento da estrutura física e organizacional que garanta uma resposta rápida ao surto de COVID-19. (BRASIL, 2020c)

Somado a tudo isso, emitiu notas técnicas para padronização do atendimento a nível ambulatorial e pronto socorro de manejo clínico da COVID-19, notificação e registro dos casos, orientações para acesso, classificação e espera do atendimento,

orientações sobre transporte móvel de urgência, orientações ao aumento da capacidade de atendimento aos doentes críticos, orientações ao manejo de corpos, orientações ao manejo de prontuário, orientações aos cuidados ventilatórios, intubação orotraqueal. Quanto à atribuição de mitigar os riscos aos trabalhadores, emitiu orientações sobre afastamento laboral e protocolos de testagem, orientação sobre investigação e registro de acidente de trabalho, além dos cuidados de afastamento e investigação de casos, houve também instruções sobre realocação dos profissionais que tiveram suas atividades suspensas, como procedimentos eletivos, atendimento psicológico como prevenção de agravos do trabalhador, mudança no padrão de oferta de refeições aos colaboradores. (BRASIL, 2020c)

Antes mesmo da confirmação do primeiro caso do novo Coronavírus no país, os Hospitais Universitários já realizavam ações de enfrentamento à COVID-19 com aumento do número de leitos de internação e UTI bem como toda a preparação estrutural, treinamentos dos profissionais para atendimento de pessoas com a suspeita ou caso confirmado da COVID-19, capacitação sobre o uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), transporte cuidados pós-morte de pacientes com quadro suspeito ou confirmado de COVID-19, coleta e transporte de material biológico e testes de swab/RT-PCR. Além disso, ainda foi necessário aperfeiçoamento dos profissionais com temas relacionado ao cuidado propriamente com os pacientes como indicação e uso ventilação mecânica, cuidados com EPIs na assistência à parada cardiorrespiratória e em caso de necessidade de intubação traqueal e aspiração de vias aéreas, que são procedimentos de muita exposição ao patógeno (BRASIL, 2020f).

Os hospitais da rede EBSEH em algumas localidades atuam como referência para internações de casos confirmados da COVID-19 e em outras localidades como retaguarda aos usuários do SUS. A nível estratégico, a EBSEH contribuiu com a realização do monitoramento da situação da epidemia no país em colaboração ao Ministério da Saúde e Educação (BRASIL, 2021b).

A rede EBSEH ainda atuou em ações regionais à nível de cada Estado de acordo as pactuações junto às Secretarias Estaduais de Saúde, por exemplo, o Hospital Universitário de Brasília aumentou o número de pacientes para realização dos serviços de Hemodiálise de 32 para 78 atendimentos com o objetivo de se apresentar como retaguarda de leitos de UTI em outros hospitais da rede Pública do DF (BRASIL, 2021c).

Podemos também destacar o momento que a rede EBSEERH disponibilizou 205 leitos para receber os pacientes transferidos do Amazonas quando a situação de saúde do Estado colapsou. Diversos hospitais universitários, entre eles, os Hospitais Universitários de Brasília, do Piauí e do Maranhão receberam pacientes com a COVID-19 disponibilizando atendimento de saúde até o momento da alta médica (BRASIL, 2021a).

7 MÉTODO

7.1. TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo classificado quanto aos objetivos como exploratório, e quanto ao desenvolvimento no tempo classificado como transversal com abordagem quantitativa.

Este estudo ocorreu após um recorte dos dados disponibilizados para o Projeto do grupo Force II que tem o objetivo de avaliar o impacto direto e indireto da COVID-19 sobre a força de trabalho em saúde dos hospitais da rede EBSEH. Neste recorte foi analisado o histórico de absenteísmo por motivos decorrentes da COVID-19 no período inicial da pandemia de COVID-19 de profissionais que trabalham na rede EBSEH.

7.2. POPULAÇÃO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A população foi constituída pelos profissionais das carreiras de Saúde da rede EBSEH. A carreira de saúde foi definida por meio da resolução 218-1997 do Conselho Nacional de Saúde que regulamentou as profissões de saúde reconhecendo como profissionais de saúde de nível superior as categorias: Assistentes Sociais; Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; Terapeutas Ocupacionais e as profissões técnicas derivadas dessas profissões regulamentadas pelos conselhos de classes de cada categoria: Técnico em Enfermagem, Técnico em Radiologia, Técnico em Saúde.

Foram incluídos os profissionais com vínculo empregatício regido pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) com admissão através de contrato de trabalho pela EBSEH antes do início da pandemia. Optou-se por incluir apenas as profissões de saúde que atuam diretamente no atendimento ao paciente tendo em vista à alta carga viral que estão susceptíveis. Definido o período do estudo a partir do primeiro caso da COVID-19 no Brasil, 26 de fevereiro de 2020, até a data limite disponibilizada pelo banco de dados, 31 de julho de 2020, totalizando 28.077 trabalhadores.

7.3. PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Foram utilizados dois bancos de dados secundários, não identificados, disponibilizado pela EBSEH. O primeiro banco de dados nomeado banco de dados-afastamento possui informações de registro de atestados apresentados por cada empregado público registrado no Setor de Saúde e Medicina do Trabalho (SESMT) de cada Hospital da rede, bem como outras informações do mesmo trabalhador, como lotação de trabalho, carga horária e outras variáveis que especificava o trabalhador. Um segundo banco de dados, nomeado como banco de dados-cadastro, contém as informações gerais de contrato de trabalho de todos os trabalhadores da rede EBSEH. Foram incluídos os profissionais de saúde com afastamentos decorrente da COVID-19 sejam eles afastamentos devido ao caso confirmado ou sintomas da COVID-19 do próprio trabalhador ou de um contato doméstico.

Para este estudo, são considerados como afastamento decorrentes da COVID-19 os afastamentos classificados com o código de afastamento por COVID-19 elencados nos documentos da instituição ou a nível de Governo Federal: Portaria nº 454 de 20 de março de 2020 nos artigos 2º e 3º citados abaixo:

Art. 2º Para contenção da transmissibilidade do covid-19, deverá ser adotada como, medida não-farmacológica, o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período máximo de 14 (quatorze) dias.

Parágrafo único. Considera-se pessoa com sintomas respiratórios a apresentação de tosse seca, dor de garganta ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre, desde que seja confirmado por atestado médico.

Art. 3º A medida de isolamento somente poderá ser determinada por prescrição médica, por um prazo máximo de 14 (quatorze) dias, considerando os sintomas respiratórios ou o resultado laboratorial positivo para o SARSCOV-2.

§ 1º O atestado emitido pelo profissional médico que determina a medida de isolamento será estendido às pessoas que residam no mesmo endereço, para todos os fins, incluindo o disposto no § 3º do art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

§ 2º Para emissão dos atestados médicos de que trata o § 1º, é dever da pessoa sintomática informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela omissão de fato ou prestação de informações falsas.

§ 3º Para as pessoas assintomáticas que residem com a pessoa sintomática será possível a emissão de novo atestado médico de isolamento caso venham a manifestar os sintomas respiratórios previstos no parágrafo único do art. 2º ou tenham resultado laboratorial positivo para o SARSCOV-2.

§ 4º A prescrição médica de isolamento deverá ser acompanhada dos seguintes documentos assinados pela pessoa sintomática:

I - Termo de consentimento livre e esclarecido de que trata o § 4º do art. 3º da Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020; e

II - Termo de declaração, contendo a relação das pessoas que residam ou trabalhem no mesmo endereço, nos termos do Anexo. (BRASIL, 2020b, Art.2º e 3º)

Além do Artigo 4º informado pela na Instrução Normativa da EBSERH nº 02 de 26 de março de 2020 que trazem em seu teor:

Art. 4º. Os servidores e empregados públicos com sintomas gripais ou confirmados com COVID-19, munidos de atestado médico, deverão ser afastados do local de trabalho.

§ 1º Para além do que prevê o caput, poderá ser solicitada a apresentação de exames complementares, relatórios médicos e informações adicionais.

§ 2º O empregado poderá ser solicitado a se apresentar para a realização de teste para o COVID19, ficando obrigatório seu retorno imediato às atividades na hipótese de resultado negativo.

§ 3º Na hipótese em que o servidor ou empregado público coabitar com pessoa afastada por suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19 e, por consequência, também receber atestado médico de afastamento, deverá a SOST local avaliar a possibilidade de execução de trabalho remoto, para posterior decisão do Superintendente, sem prejuízo de aplicação do disposto no § 2º deste artigo. (BRASIL, 2020d)

Outros afastamentos referentes a caso suspeito, grupo de risco ou contato de caso suspeito ou confirmado da COVID-19 foram também considerados, desde que tivessem sido identificados por um afastamento médico relacionado a um código da Classificação Internacional de Doenças -10 (CID -10) suspeito de COVID:

B34: Doenças por vírus, de localização não especificada

B34.2: Infecção por coronavírus de localização não especificada

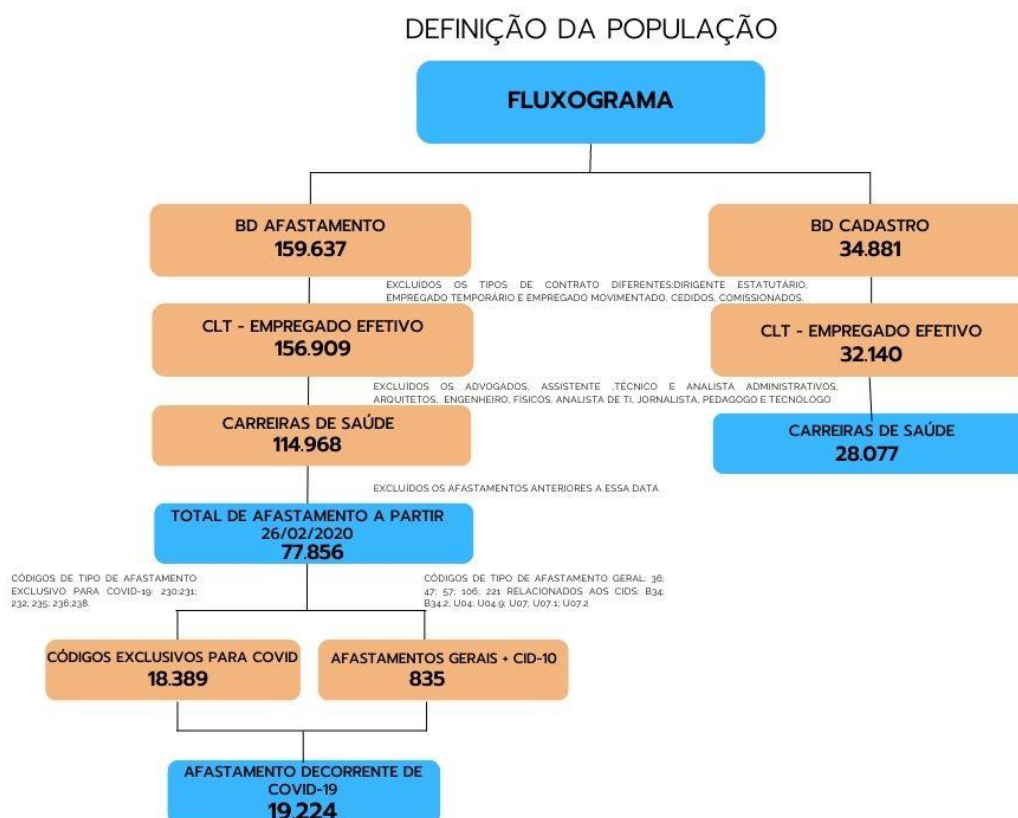
U04: Síndrome respiratória aguda grave /*Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS)

U04.9: Síndrome respiratória aguda grave /*Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), não especificada

U07.1: Infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19)

U07.2: COVID-19, vírus não identificado (OMS, 1994)

Figura 2- Fluxograma dos critérios de inclusão e exclusão para definição da população.



7.4. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DOS DADOS

O banco de dados-cadastro possuía informações de características pessoais, das condições do contrato de trabalho como idade, sexo, data de admissão, data de demissão, hospital vinculado, Estado e Região do país, cargo efetivo, carga horária contratual (CH), código e descrição do afastamento, CID-10, data inicial e data final do afastamento, duração do afastamento em dias corridos e úteis, tipo de vínculo de trabalho de todos os trabalhadores da EBSE RH. O banco de dados-afastamento possuía além das mesmas informações, todos os registros de afastamento da mesma pessoa por motivos diversos. O levantamento dos dados proporcionou a análise de características pessoais, das condições do contrato de trabalho e de afastamento de todos os trabalhadores da EBSE RH.

Foram adotadas para este estudo as seguintes variáveis: **código identificador; idade; sexo; data de admissão; data de demissão; Estado; Região**

do País; Cargo Efetivo; Lotação; Carga horária contratual; código do afastamento; quantidade de dias de afastamento. Por serem categorias que trabalham em regime de plantão e se caracterizam como trabalho ininterrupto, foram considerados todos os dias de afastamento, até mesmo os dias não úteis.

Algumas variáveis foram categorizadas antes de serem analisadas. A variável idade (em anos) foi reunida em cinco grupos: < 30, 30-39, 40-49, 50-59, > 60 Quanto a variável quantidade de dias de afastamento, optou-se por agrupá-la utilizando como parâmetro o tempo médio de transmissibilidade de 14 dias aplicado à época dos dados disponibilizados, adotando uma estratificação dos dados que permitisse uma análise de suspeita da doença ou até mesmo gravidade da doença. Portanto a variável quantidade de dias de afastamento foi agrupada em quatro grupos: até cinco dias de afastamento, 6 – 10 dias, 11 – 15 dias e 16 dias ou mais. (OPAS/OMS, 2020)

As variáveis: data de admissão e data de demissão foram utilizadas para criar a categoria tempo de serviço, onde foi utilizado a data de corte de 26 de fevereiro de 2020 para determinar os quatro grupos, ou seja, o profissional que na data de início da pandemia já tinha completado anos de contratação da EBSERH, estratificado da seguinte maneira: Menos de um ano de trabalho, de um a dois anos e 11 meses de trabalho, três a quatro anos e 11 meses, cinco anos ou mais de trabalho.

A variável lotação de trabalho foi reunida levando-se em conta o organograma da EBSERH e em caso de diferenças, foram analisados os organogramas dos hospitais, se ainda assim a lotação de trabalho permaneceu sem classificação, foram consideradas as similaridades do ambiente organizacional, o tipo de exposição aos riscos ocupacionais e as tarefas desenvolvidas no ambiente de trabalho. A partir dessa análise, foram totalizadas dez lotações de trabalho, contudo ainda restaram alguns setores que não foi possível identificação no organograma para a classificação nos grupos pré-estabelecidos, então foram classificados como sem definição no organograma totalizando 11 grupos descritos detalhadamente no Apêndice A, para fins de análise, todos os grupos foram dicotomizados em duas variáveis de acordo com as áreas que tem atividades de atendimento direto e indireto ao paciente como área assistencial e atividades que tem serviços de apoio a essas como áreas de apoio:

Área Assistencial:

- Área assistencial engloba todos os setores de internação, especialidades cirúrgicas, especialidades clínicas, unidades e setores de

urgência e emergência, unidade de cuidados intensivos e semi-intensivos adulto e pediátricos e complexos hospitalares.

- Apoio Diagnóstico abrange todos os setores de suporte diagnóstico e terapêutico sejam eles diagnósticos clínicos ou de imagem.
- Apoio Assistencial abrange os setores de Vigilância em Saúde; Segurança do Paciente, Segurança do trabalho e Saúde Ocupacional e Gestão da Qualidade, de Leitos, de riscos ou ambulatorial.
- Setor de Apoio Terapêutico engloba as unidades de suporte ambulatorial e terapêutico.

Área de apoio:

- Área Administrativa engloba todas as áreas administrativas, burocráticas e contábeis;
- Gerência de Ensino e Pesquisa engloba todas as unidades com vínculo de ensino ou prática de atividades de pesquisa e produção científica.
- Gestão de Pessoas engloba todos os serviços de relações de trabalho e administração de pessoas.
- Setor de Logística e Infraestrutura engloba todas as áreas de logística, armazenamento e distribuição de materiais ou produtos para a saúde.
- Setor de Farmácia Hospitalar abrange todas as unidades de abastecimento e dispensação de farmacêutica.
- Setor de Avaliação e Regulação em Saúde abrange os serviços de monitoramento e gestão da informação ou desempenho.
- Sem definição no organograma são unidades que tiveram trabalhadores com lotação identificada, porém não constava no organograma.

As análises tiveram como base o número e o tempo decorrido dos afastamentos, além do número de trabalhadores das categorias de saúde da EBSEH. O número de afastamento não é igual ao número de trabalhadores, já que um mesmo trabalhador pode se afastar mais de uma vez e o tempo de afastamento (variável: quantidade de dias de afastamento) corresponde aos dias de afastamento de cada registro no sistema do SESMT, sendo considerado afastados os registros de

pelo menos um dia e cada evento como sendo único, mesmo que ele seja recorrente e sequencial.

7.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os afastamentos foram analisados com base nas regiões do país na qual os trabalhadores estão lotados (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) assim como nos 16 grupos de profissões de saúde, o tempo de afastamento, a lotação de trabalho e as características pessoais e condições de contrato de trabalho: sexo, idade, carga horária contratual e tempo de serviço.

Foi realizada análise descritiva para o detalhamento das frequências absolutas e relativas dos episódios de afastamento por motivo de COVID e outros motivos estratificados por regiões do país. A frequência absoluta é o quantitativo real de cada variável e a frequência relativa é o percentual desse quantitativo. Logo em seguida, foi realizada a distribuição dos afastamentos decorrentes da COVID-19 iniciado pelo detalhamento de média e Desvio-Padrão (DP). Após foi realizado o índice de frequência de afastamento para descrever as variáveis sexo, idade, carga horária e tempo de serviço, profissões de saúde, lotação de trabalho e dias de afastamento estratificados por regiões do país. O índice de frequência de afastamento por COVID-19 foi calculado pela adaptação da fórmula padronizada pelo Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional ao qual substituiu-se o período de 1 ano pelo período de dados disponibilizado (PAULINO et al., 1973):

$$\text{Índice de frequência} = \frac{\text{número afastamentos da categoria por COVID-19 no período}}{\text{número de trabalhadores da categoria no período}}$$

Para comparar o índice de frequência das regiões quanto ao índice de frequência geral da rede EBSEH foi utilizado a conversão do índice em percentual de diferença (% de diferença) com a seguinte fórmula:

$$\% \text{ de diferença} = \frac{\text{índice de frequência de afastamento da região} - \text{índice de frequência geral da rede EBSEH}}{\text{índice de frequência geral da rede EBSEH}} \times 100$$

Em seguida, foi realizado o detalhamento do tempo de ausência do trabalho por motivos da COVID-19 comparando o índice de frequência de afastamento de todas as variáveis criadas para estratificar os dias de afastamento entre os trabalhadores da área assistencial com os trabalhadores das áreas de apoio de todas as regiões do país. Nesta análise, por ausência de dados no banco cadastro, foi necessário excluir 2.617 profissionais para o cálculo da frequência, visto que eles não possuíam informação de lotação de trabalho, impossibilitando o levantamento da população por área assistencial ou área de apoio. Diante disso, optou-se por excluir esses profissionais apenas nesta análise para não comprometer o índice dos demais. Para completar a análise foi realizado o detalhamento da frequência de afastamentos em cada profissão de saúde separado por cada região do país.

Para a análise dos dados foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22, para fins de conferência os dados encontrados estarão em uma tabela no Apêndice B.

7.6. ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa respeitou todos os preceitos éticos e foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por meio do CAAE nº 31785720.7.0000.5558, aprovado pelo parecer nº 4.054.379. O anonimato de todos os participantes foi garantido através da utilização de bancos de dados codificados e pela apresentação dos resultados de forma agregada.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados na forma de manuscrito a ser submetido para publicação em periódico científico indexado conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

8.1. MANUSCRITO: Absenteísmo decorrente da COVID-19 nos hospitais universitários federais no início da pandemia no Brasil.

RESUMO

Introdução: Durante o episódio de uma nova pandemia, por uma doença chamada de COVID-19, a gestão de absenteísmo de profissionais da saúde é o diferencial para manutenção do serviço e bem-estar dos trabalhadores.

Métodos: Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, transversal a partir de dados secundários com 28.077 profissionais de saúde da rede EBSEH. Os registros de afastamento por motivo decorrente da COVID-19 foram avaliados quanto ao índice de afastamento calculado de acordo com o índice de frequência padronizado pela Comissão Internacional de Saúde Ocupacional e separados por regiões do país. Foram analisados a frequência de afastamento nas regiões do país, condições pessoais e do contrato de trabalho, além da profissão de saúde, tempo de afastamento e local de trabalho.

Resultados:

A região que teve maior percentual de afastamento por COVID-19 no país foi o Nordeste (65%), do total de afastamentos por COVID-19, observou-se que a média de dias de afastamento dos trabalhadores foi de $5,9 \pm 5,7$, havendo um predomínio de afastamento em mulheres em três regiões do país, Nordeste, Norte e Sudeste e predomínio masculino nas regiões Centro-Oeste e Sul, a idade de 40 a 49 anos esteve entre a primeira ou a segunda mais frequente no afastamento por COVID-19 enquanto que para o tempo de serviço observou-se que o maior índice de afastamento por COVID-19 ocorreu entre os trabalhadores que estão na empresa de um a três anos de contratação em três regiões do país (Centro-oeste, Nordeste e Norte) e nos trabalhadores com contrato há mais de cinco anos nas regiões Sudeste e Sul. No tocante a lotação de trabalho, observado que os trabalhadores de assistência direta ao paciente apresentaram mais que o dobro de afastamento em todas as regiões do país. A maior prevalência de afastamento no tempo das licenças ocorreu no afastamento de 1-5 dias em quase todas as regiões do país. O índice de frequência de afastamento por COVID-19 nas profissões de saúde não foi homogêneo, estando entre as profissões que mais tiveram impacto de afastamento as profissões de Fonoaudiólogo, Médico, Terapeuta Ocupacional e Cirurgião Dentista.

Conclusão: Os resultados demonstram quais profissionais de saúde estão mais propensos a se afastarem do trabalho por motivos de doenças e possibilita aos gestores intervenções na força de trabalho dos grupos sinalizados com maior potencial para adoecimento.

Palavras-chave: Absenteísmo, COVID-19, Profissionais de saúde, Hospital Universitário

INTRODUÇÃO:

No final de 2019, foi identificado um surto de doença respiratória em trabalhadores de um mercado de alimentos de Wuhan, na China, essa doença foi atribuída a um novo tipo de Coronavírus humano (SARS-CoV-2) e denominada como COVID-19. Seguidamente o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) da China no dia 30 de dezembro de 2019 emitiu o alerta de vírus com potencial pandêmico. Diante da propagação da doença fora do território chinês, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a COVID-19 tornou-se uma pandemia mundial. Nos últimos três anos, essa nova doença tem sobrecarregado todo o sistema de saúde, tanto do ponto de vista da população quanto do serviço impactando o atendimento aos usuários e o desempenho do trabalhador. (OPAS/OMS, 2020)

A ausência do trabalhador ao serviço decorrente de um afastamento médico é denominada absenteísmo-doença. Essa ausência que pode ocorrer por um período de um ou mais dias, interfere no processo de trabalho e gera consequência negativa no resultado da organização. O aumento do índice de absenteísmo reflete não somente as condições de trabalho como também aspectos pessoais. Na esfera de saúde pública, o absenteísmo interfere não somente na prestação de atendimento à população como também gera sobrecarga de trabalho de outros profissionais e aumento dos custos do serviço. O absenteísmo pode ser agravado por surgimento de novas doenças, como em casos de pandemia, que impactam diretamente a saúde do trabalhador pois a carga relacionada a pressão de conviver diariamente com a iminência de contaminação, risco de transmissão ou mesmo pressão por produtividade favorecem o adoecimento do trabalhador (PAIVA; DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020; GARBIN et al., 2022).

Um planejamento de estratégias que possibilitem uma equalização entre as características do absenteísmo e a qualidade do trabalho contribui para uma melhora no desempenho das organizações através de indicadores de produtividade, qualidade do trabalho e promoção de saúde do trabalhador. Os insumos para o desenvolvimento

de planos de resposta perpassam por avaliação periódica do local de trabalho, exposição a riscos ocupacionais e bem-estar do trabalhador. Todos esses elementos podem facilitar a criação de planos de resposta para gestão de recursos humanos, uma vez que, durante o evento de uma pandemia, o absenteísmo tem grande consequências negativas em todos os âmbitos. (CAPELARI et al., 2014; GROENEWOLD et al., 2019; GARBIN et al., 2022;)

Compreender os motivos que afastam os trabalhadores por doença é fundamental, principalmente nos hospitais universitários da rede Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), visto que abrange todo o território nacional com atendimento de média e alta complexidade. A EBSERH foi criada em 15 de dezembro de 2011 com o intuito de gerir os recursos do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). As ações de gestão têm a finalidade de proporcionar a melhoria de estrutura física, tecnológica e de pessoal dos hospitais Universitários Federais. Trata-se de uma empresa estatal, dependente da União e possui uma rede de 41 Hospitais Universitários Federais, que prestam serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, além de prestar às instituições de ensino apoio à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. O quadro de pessoal da EBSERH é composto por empregados públicos admitidos por meio de concurso público e por servidores ou empregados cedidos de outros órgãos. (MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015; PAIVA; DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020; BRASIL, 2022).

Estudos realizados em períodos anteriores já sinalizavam que doenças emergentes de transmissão respiratória comprometem principalmente a força de trabalho em saúde, diante disso antes mesmo da confirmação do primeiro caso do novo Coronavírus no país, os Hospitais Universitários já realizavam ações de enfrentamento à COVID-19 com planos de contingência, aumento do número de leitos de internação e UTI bem como toda a preparação estrutural, além do aperfeiçoamento dos profissionais para atendimento de pessoas com a suspeita ou caso confirmado da COVID-19 (GIANINO et al., 2017; GROENEWOLD et al., 2020; BRASIL, 2020c)

No que tange a vigilância em saúde do trabalhador, considerando que o absenteísmo pode ser mais um agravante no atendimento de saúde e que o mapeamento deste fornece informações relevantes sobre os profissionais de saúde sobretudo com o advento de uma nova doença, como o caso da COVID-19, além da

escassez de dados que retratem os impactos da COVID-19 na saúde do trabalhador, este estudo tem a finalidade de investigar os afastamentos relacionados a COVID-19 de profissionais de saúde que atuam no cuidado ao paciente em Hospitais Universitários Federais.

MÉTODOS:

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo, realizado a partir de dados secundários de saúde ocupacional da rede hospitalar da EBSEH, abrangendo aspectos laborais, aspectos pessoais e aspectos de absenteísmo.

A população foi constituída por todos os profissionais da carreira de Saúde regulamentados pela resolução 218-1997 do Conselho Nacional de Saúde e que atuam na rede EBSEH com vínculo empregatício regido por meio da CLT. Definido o período do estudo a partir do primeiro caso da COVID-19 no Brasil, 26 de fevereiro de 2020, até a data limite disponibilizada pelo banco de dados, 31 de julho de 2020, totalizando 28.077 trabalhadores.

A coleta de dados ocorreu por meio de dois bancos de dados secundários, não identificados, disponibilizado pela EBSEH para o projeto do grupo Force II. O primeiro banco de dados, nomeado como banco de dados-afastamento, era constituído pelas informações de registro de atestados apresentados por cada empregado público registrado no Setor de Saúde e Medicina do Trabalho (SESMT) de cada Hospital da rede, bem como outras informações do mesmo trabalhador, como lotação de trabalho, carga horária e outras variáveis que especificava o trabalhador. Um segundo banco de dados, nomeado como banco- cadastro continha as informações gerais de contrato de trabalho de todos os trabalhadores da rede EBSEH. Foram incluídos os profissionais de saúde com afastamentos decorrente da COVID-19 sejam eles afastamentos devido ao caso confirmado ou sintomas da COVID-19 do próprio trabalhador ou de um contato doméstico.

Foram adotadas para este estudo as seguintes variáveis: **código identificador; idade; sexo; data de admissão; data de demissão; Estado; Região do País; Cargo Efetivo; Lotação; Carga horária contratual; código do afastamento; quantidade de dias de afastamento.** A variável idade (em anos) foi categorizada em cinco estratos: menor que 30, 30-39, 40-49, 50-59, maior que 59.

Quanto a variável quantidade de dias de afastamento, optou-se por agrupá-la em 4 grupos: até 5 dias de afastamento, 6-10 dias, 11 – 15 dias e 16 dias ou mais.

As variáveis: data de admissão e data de demissão foram utilizadas para criar a categoria tempo de serviço, onde foi utilizado a data de corte de 26 de fevereiro de 2020 para determinar os quatro grupos: menos de um ano de trabalho, de um a dois anos e 11 meses de trabalho, três a quatro anos e 11 meses, cinco anos ou mais de trabalho.

A variável lotação de trabalho foi reunida levando-se em conta o organograma da EBSEH e em caso de diferenças, foram analisados os organogramas dos hospitais, se ainda assim a lotação de trabalho permaneceu sem classificação, foram consideradas as similaridades do ambiente organizacional, o tipo de exposição aos riscos ocupacionais e as tarefas desenvolvidas no ambiente de trabalho. A partir dessa análise, foi dicotomizada em área assistencial e área de apoio. Área assistencial são lotações que atuam em atendimento direto ou indireto ao paciente e áreas de apoio, são áreas que prestam serviços necessários, mas sem contato com pacientes.

Foi realizada análise descritiva para o detalhamento das frequências absolutas e relativas dos episódios de afastamento por motivo de COVID e outros motivos estratificados por regiões do país. A frequência absoluta é o quantitativo real de cada variável e a frequência relativa é o percentual desse quantitativo. Em seguida, foi realizado o índice de frequência de afastamento para descrever as variáveis sexo, idade, carga horária e tempo de serviço, profissões de saúde, lotação de trabalho e dias de afastamento estratificados por regiões do país. O índice de frequência de afastamento por COVID-19 foi calculado pela adaptação da fórmula padronizada pelo Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional ao qual substituiu-se o período de 1 ano pelo período de dados disponibilizado (PAULINO et al., 1973):

$$\text{Índice de frequência} = \frac{\text{número afastamentos da categoria por COVID-19 no período do estudo}}{\text{número de trabalhadores da categoria no período do estudo}}$$

Os afastamentos foram analisados com base nas regiões do país na qual os trabalhadores estão lotados (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) além dos 16 grupos de profissão de saúde, o tempo de afastamento, a lotação de trabalho e as

características pessoais e condições de contrato de trabalho: sexo, idade, carga horária contratual e tempo de serviço. Para comparar o índice de frequência das regiões quanto ao índice de frequência geral da rede EBSE RH, foi utilizado a conversão do índice em percentual de diferença (% de diferença) com a seguinte fórmula:

$$\% \text{ de diferença} = \frac{\text{índice de frequência de afastamento da região} - \text{índice de frequência geral da rede EBSE RH}}{\text{índice de frequência geral da rede EBSE RH}} \times 100$$

Aspectos éticos:

Foram respeitados todos os preceitos éticos e foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por meio do CAEE nº 31785720.7.0000.5558, aprovado pelo parecer nº 4.054.379. O anonimato de todos os participantes foi garantido através da utilização de bancos de dados codificados e pela apresentação dos resultados de forma agregada. Por tratar-se de um estudo retrospectivo realizado através da análise do banco de dados do serviço, houve dispensa do preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS:

Foi incluído no estudo 28.077 trabalhadores das profissões de saúde com vínculo diretamente com a EBSE RH, desses, 20.990 (74,7%) trabalhadores apresentaram pelo menos um registro de afastamento no período analisado (26 de fevereiro de 2020 a 31 de julho de 2020) contabilizando 77.856 ocorrências de afastamento em virtude de problemas de saúde considerando todos os motivos de afastamento. Dentre os afastamentos registrados, 19.224 (24,7%) foram por quadros decorrentes da COVID-19, totalizando 114.667 dias de ausência ao trabalho. A média de dias de afastamento desses trabalhadores no período analisado foi de $5,9 \pm 5,7$. A mediana da duração dos afastamentos foi de cinco dias, sendo mínimo de um dia e máximo de 139 dias.

Considerando o absenteísmo decorrente da COVID-19 por regiões do país, a região que teve maior percentual de afastamento foi o Nordeste (65%), seguido do Centro-Oeste (11,2%), Sudeste (10,4%), Sul (9,7%) e Norte (3,7%). Enquanto o índice

de frequência de afastamento da região Nordeste (0,90), Centro-Oeste (0,60), Norte (0,54), regiões Sul (0,47) e Sudeste (0,37) do País conforme exemplificado na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição da população estudada, número, proporção e índice de frequência dos afastamentos por COVID-19 e por outros motivos, estratificados por regiões do Brasil.

Regiões do País	População estudada	Afastamento COVID-19		Afastamento outros motivos	
	N (%)	N (%)	Índice de afastamento	N (%)	Índice de afastamento
Centro-Oeste	3.590 (12,8)	2.148 (11,2)	0,60	6.026 (10,3)	1,68
Nordeste	13.914 (49,5)	12.504 (65,0)	0,90	29.358 (50,1)	2,11
Norte	1.304 (4,6)	704 (3,7)	0,54	1.771 (3,0)	1,36
Sudeste	5.328 (18,9)	1.996 (10,4)	0,37	13.372 (22,8)	2,51
Sul	3.941 (14,0)	1.872 (9,7)	0,47	8.105 (13,8)	2,06
TOTAL	28.077 (100)	19.224 (100)	0,68	58.632 (100)	2,09

Os índices de frequência do absenteísmo decorrente da COVID-19, de acordo com características demográficas, carga horária e tempo de serviço, são apresentados na Tabela 2. Observou-se que a frequência do afastamento entre os trabalhadores do sexo feminino foi maior nas regiões Nordeste (0,93), Norte (0,58) e Centro-Oeste (0,53), sendo a diferença em relação ao sexo masculino menos expressiva na região sudeste. A região Nordeste apresentou o maior índice de frequência do afastamento em ambos os estratos do sexo, sendo esse índice em relação ao índice de frequência do absenteísmo geral da rede EBSERH, 33% maior no sexo feminino e 22% maior no sexo masculino (Tabela 2).

A faixa etária que apresentou maior frequência de afastamentos por COVID-19 foi de 40 a 49 anos estando entre a primeira ou a segunda a faixa etária que mais afastou trabalhadores em decorrência da COVID-19. Esta foi a faixa etária com maior frequência de afastamento no Nordeste (1,02) e a segunda maior frequência de afastamento na região Norte (0,56), Sudeste (0,38) e Sul (0,58). Enquanto na região

Centro-oeste (0,69) e Norte (0,57), a faixa etária 50 a 59 anos que apresentou o maior índice de afastamento nas regiões. A região Sul apresentou o maior índice de afastamento para o estrato superior a 60 anos, sendo esse índice 270% superior ao índice de frequência de absenteísmo geral da rede EBSE RH. Além dessa idade, apenas o estrato de 40-49 anos na região Nordeste apresentou índice 34% superior ao geral da rede EBSE RH (Tabela 2).

No tocante a carga horária (CH) contratual, os profissionais com regime de trabalho de 36h semanais apresentaram mais afastamentos decorrentes da COVID-19 representando o segundo maior índice de frequência de afastamento nas regiões Centro-Oeste (0,58) e Sudeste (0,44) e o primeiro maior índice de afastamento nas regiões Nordeste (1,05) e Norte (0,65) (Tabela 2). Os indivíduos com CH contratual de 30h semanais também estiveram entre a carga horária que mais afastou nas regiões, sendo a maior frequência de afastamento na região Sudeste (0,46) e a segunda CH que mais afastou nas regiões Nordeste (0,91) e Norte (0,59) e Sul (0,54). Já a carga horária que menor apresentou frequência de afastamento foi 40h/semana, visto que esteve entre uma das menores frequências de afastamento em todas as regiões do país (Tabela 2).

Importante destacar as profissões as quais têm regime de plantão de 36h/semana: Enfermeiro, Técnico de enfermagem. No regime contratual de carga horária de 24h/semana estão as profissões: Técnico em radiologia e médicos, enquanto no regime de plantão de 30h/semana: Assistente Social, Cirurgião Dentista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional. Já para a Carga Horária semanal de 40h/semana foram encontrados profissionais de diversas profissões: Biólogo, Biomédico, Educador Físico, Enfermeiro, Farmacêutico, Médico, Nutricionista, Psicólogo, Técnico em enfermagem e Técnico em saúde.

A região Nordeste apresentou o maior índice de frequência de afastamento em todos os estratos de CH, sendo esse índice no mínimo 11% maior na CH de 24h e 38% maior na CH 36h que índice de frequência geral da rede EBSE RH, além disso, essa foi a única região que apresentou índice de frequência de afastamento superior a 1,0 que ocorreu na CH de 36h semanais. Esse padrão superior do índice de frequência em relação ao índice geral da rede EBSE RH se repetiu apenas na região Centro-Oeste (26%) e Sul (31%) superior em relação ao índice de frequência do absenteísmo geral da rede EBSE RH (Tabela 2).

Tabela 2- Índice de frequência de absenteísmo decorrentes da COVID-19 de acordo com sexo, idade, carga horária e tempo de serviço por região do Brasil.

	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Geral da rede EBSERH
Sexo						
Feminino	0,53	0,93	0,58	0,39	0,44	0,70
Masculino	0,76	0,80	0,46	0,34	0,57	0,65
Idade						
Até 29 anos	0,56	0,57	0,52	0,40	0,37	0,48
30-39 anos	0,61	0,88	0,53	0,37	0,43	0,68
40-49 anos	0,57	1,02	0,56	0,38	0,58	0,76
50-59 anos	0,69	0,85	0,57	0,35	0,47	0,66
> 60 anos	0,14	0,28	0,44	0,18	1,48	0,40
Carga Horária Semanal						
24 H	0,77	0,68	0,40	0,26	0,80	0,61
30 H	0,39	0,91	0,59	0,46	0,54	0,69
36 H	0,58	1,05	0,65	0,44	0,34	0,76
40 H	0,37	0,59	0,33	0,28	0,29	0,46
Tempo de serviço						
< 1ano	0,56	0,80	0,54	0,36	0,38	0,56
1 - 3 anos incompletos	0,67	1,31	0,55	0,38	0,43	0,82
3 - 5 anos incompletos	0,60	0,74	0,54	0,34	0,44	0,60
>5 anos	0,58	0,87	0,52	0,43	0,98	0,73

Em relação ao tempo de serviço, observou-se que o maior índice de afastamento decorrente da COVID-19 ocorreu entre os trabalhadores com um a três anos de contratação nas regiões Centro-Oeste (0,67), Nordeste (1,31) e Norte (0,55) enquanto nas regiões Sudeste (0,43) e Sul (0,98) o maior índice de afastamento

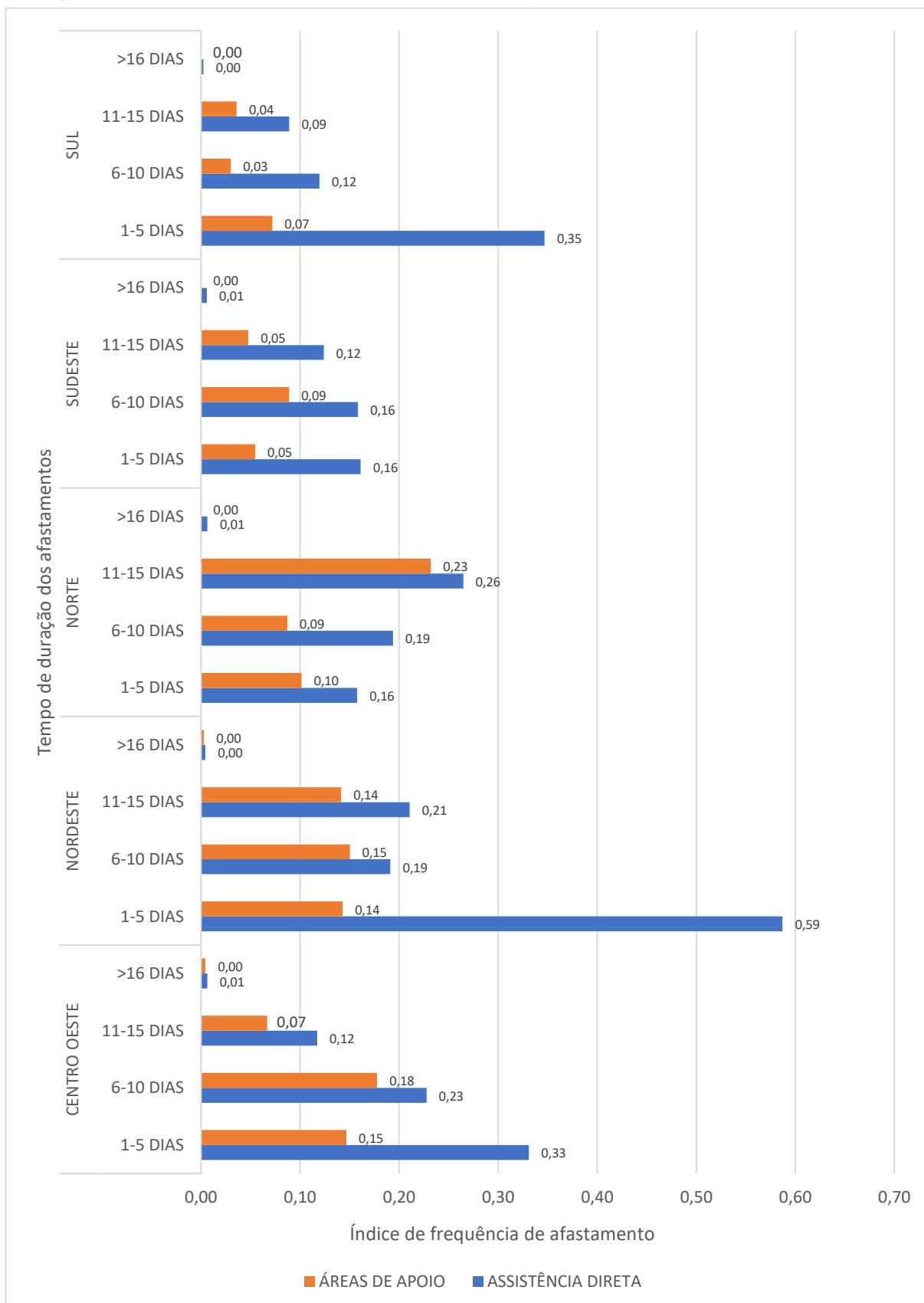
ocorreu nos trabalhadores que estão contratados de há mais de cinco anos. Em contrapartida, os trabalhadores contratados há menos de um ano foram os que apresentaram menor índice de afastamento nas regiões Centro-Oeste (0,56) e Sul (0,38) e o segundo menor índice de afastamento nas regiões Nordeste (0,80) e Sudeste (0,36) (Tabela 2).

A região Nordeste apresentou o maior índice de frequência do afastamento em todos os estratos de tempo de serviço, sendo esse índice, em relação ao índice de frequência do absenteísmo geral da rede EBSERH, 60% maior no tempo de serviço de 1-3 anos, 43% maior no tempo de serviço de < 1 ano, 23% maior no tempo de serviço de 3-5 anos e 19% maior no tempo de serviço de >5 anos. Apenas a região Sul do país também teve índice de frequência superior em 34% que o índice geral da rede EBSERH no tempo de serviço de >5 anos (Tabela 2).

No gráfico 1, foi apresentado o índice de frequência dos afastamentos decorrente da COVID-19 entre os trabalhadores da assistência direta ao paciente e áreas de apoio, estratificado pela duração dos afastamentos. Observou-se que, dentre os trabalhadores de assistência direta ao paciente, as ausências mais curtas, de 1-5 dias, tiveram maior frequência de afastamento em quase todas as regiões do país, sendo a região Nordeste (0,59) a que apresentou maior frequência de afastamento, seguido da região Sul (0,35) Centro-oeste (0,33) e Sudeste (0,16). A única região em que a maior frequência de afastamento divergiu, foi na região Norte (0,26), onde a maior frequência de afastamento se deu na duração de 11-15 dias.

Em todas as durações de afastamento, os trabalhadores da assistência direta ao paciente tiveram maior frequência de afastamento quando comparados aos trabalhadores de áreas de apoio em todas as regiões do país. Contudo na maior parte dos afastamentos, a frequência foi 2x superior, ou seja, quase o dobro de afastamentos decorrente da COVID-19 ocorreram em trabalhadores de assistência direta ao paciente do que trabalhadores das áreas de apoio. Ademais, os afastamentos com duração superior a 16 dias representaram no máximo frequência mínima em todas as regiões do país (Gráfico 1).

Gráfico 1. Índice de frequência de afastamento decorrentes da COVID-19 entre os trabalhadores da assistência direta ao paciente e outras lotações, estratificado pela duração dos afastamentos, de acordo com a região do Brasil.



Não houve padrão entre as profissões com maior frequência de afastamento, podendo observar que profissões que possuem população menor, no geral apresentaram um índice maior. Nas regiões Nordeste (1,83) e Norte (0,67) a profissão de Fonoaudiólogo foi que maior apresentou frequência de afastamento por COVID-19, enquanto as regiões Centro-Oeste a profissão de saúde - Médico (0,79), região Sudeste a profissão de saúde – Terapeuta Ocupacional (0,60) e Sul a profissão de saúde - Cirurgião Dentista (4,28) foram as que apresentaram maior frequência de afastamento dentre todas as outras profissões de saúde. Ressalta-se que um único afastamento na população composta de um profissional representa índice de afastamento de (1,0), como é o caso o ocorreu na região Sul, na profissão de biólogo, onde a população é composta por seis profissionais e apresentou seis afastamentos decorrentes da COVID-19 (Tabela 3).

Tabela 3- Índice de frequência de absenteísmo decorrente da COVID-19 de acordo com as profissões de saúde por região do Brasil (continua)

PROFISSÕES DE SAÚDE	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
Assistente Social	0,40	0,48	0,50	0,33	0,17
Biólogo	0,60	0,18	0,00	0,14	1,00
Biomédico	0,41	1,31	0,40	0,21	0,30
Cirurgião Dentista	0,41	1,43	0,63	0,25	4,28
Educador Físico	0,00	1,65	0,33	0,50	0,09
Enfermeiro	0,50	1,03	0,62	0,41	0,32
Farmacêutico	0,32	0,35	0,32	0,18	0,15
Fisioterapeuta	0,34	0,78	0,59	0,53	0,25

Tabela 3- Índice de frequência de absenteísmo decorrente da COVID-19 de acordo com as profissões de saúde por região do Brasil (conclusão)

PROFISSÕES DE SAÚDE	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
Fonoaudiólogo	0,54	1,83	0,67	0,24	0,19
Médico	0,79	0,71	0,37	0,25	0,85
Nutricionista	0,08	0,83	0,30	0,31	0,14
Psicólogo	0,50	0,52	0,06	0,28	0,16
Técnico em Enfermagem	0,62	1,05	0,66	0,46	0,35
Técnico em Radiologia	0,60	0,37	0,64	0,40	0,24
Técnico em Saúde	0,43	0,60	0,42	0,32	0,42
Terapeuta Ocupacional	0,56	1,03	0,60	0,60	0,32
Total	0,60	0,90	0,54	0,37	0,48

DISCUSSÃO

A presente pesquisa demonstrou que o absenteísmo pode ser analisado sob diferentes óticas e em cada análise a interpretação é multifatorial. A descrição dos dados transparece que o absenteísmo em cada variável se apresenta de maneira distinta que, para a compreensão completa do motivo do adoecimento, requer uma análise mais aprofundada de maneira a identificar aspectos prévios à ocorrência do Absenteísmo. O conjunto de dados analisados descreveu as profissões de saúde que trabalham na EBSERH, visto que a empresa tem o papel de desempenhar atividades essencialmente de assistência à saúde e o conjunto de trabalhadores estudados

contemplou todas as categorias profissionais de saúde que tem contrato de trabalho com a EBSEH.

Os resultados desse estudo fornecem dados relativos ao perfil ocupacional da população estudada e indicadores de absenteísmo decorrente da COVID-19. Há de se reforçar que não foi abordado fatores extra laborais que podem estar associados com o processo de adoecimento, como fatores de duplo vínculo laboral, fatores biológicos, psicológicos e psicossociais mascarados, como estresse, Burnout e até mesmo presenteísmo que é o reflexo de toda a interferência do trabalho na vida dos trabalhadores e por muitas vezes podem ser apresentados de forma de absenteísmo. (MARTINS et al., 2014).

Observou-se que, em 155 dias analisados, a frequência de afastamento por COVID-19 foi de 68% na população estudada que apresentou ao menos um episódio de afastamento por COVID-19. Essa proporção foi superior ao apresentado na Grécia a qual, para um período semelhante, apresentou apenas 22% de afastamento entre a os profissionais médicos analisados (MALTEZOU et al., 2020). No Reino Unido a prevalência de absenteísmo foi 39%. (KHORASANEE et al., 2021). E até mesmo no Brasil, em uma análise entre os bombeiros no estado de Minas Gerais onde os afastamentos por COVID-19 representaram 7% das licenças de saúde. (LIMA et al., 2020). Percebe-se que mesmo diante da frequência de absenteísmo por COVID-19 ser alta em todas as regiões, ainda foi inferior aos afastamentos por outros motivos diferente da COVID-19.

As diferenças da frequência de absenteísmo nas regiões do país podem demonstrar a variabilidade cultural e da propagação da doença no país de tamanho continental, além de relacionar ao tipo de atendimento e concentração da população estudada, pois a região Nordeste possui 14 Hospitais Universitários + 2 Maternidades e representa aproximadamente a metade dos profissionais de saúde da rede EBSEH (49,5%), a região sudeste possui oito hospitais vinculados e representa(18,9%), as regiões Sul possui cinco Hospitais Universitários e uma maternidade, enquanto a região e Centro-Oeste possuem seis hospitais da rede além da Administração central e representam (14,0%) e (12,8%),respectivamente, dos profissionais de saúde, e por último, a região Norte possui quatro hospitais da rede EBSEH e representa (4,6%) de profissionais de saúde (CAVALCANTE et al., 2020; DALCIN; LUNARDI; BARCELOS, 2021)

Em suma, os hospitais da rede EBSEERH possuem em sua carta de serviços procedimentos de média e alta complexidade, diferindo subespecialidades médicas e oferta de serviços obstétricos: A região Nordeste tem foco em hospitais de média e alta complexidade, além de duas maternidades. A região Centro-Oeste além da sede da EBSEERH, o Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul é referência estadual de doenças infectocontagiosas, já o Hospital Universitário da Universidade Federal de Grande Dourados tem referência para gestação de alto risco. A região Norte tem referência em atendimento de média e alta complexidade, possuindo dois hospitais vinculados à Universidade Federal do Pará, sendo uma referência para diagnósticos de Meningite, e o outro, referência em Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Crescimento e Desenvolvimento infantil. A região Sudeste, o hospital Universitário da Universidade Federal do Triângulo mineiro é referência em atendimento de serviços de Hemodinâmica, o Hospital Universitário vinculado a universidade Federal Fluminense tem desde sua criação a referência para doenças infecciosas, sendo classificado como hospital de alta complexidade. E, por fim, a região sul do país tem referência em média e alta complexidade e apenas uma maternidade. Nas localidades onde não há maternidade separada, os hospitais gerais também possuem unidades de internação para maternidade DALCIN; LUNARDI; BARCELOS, 2021; BRASIL, 2022a);

Somado à dimensão continental do país, a propagação da doença não ocorreu de maneira uniforme, ou seja, o início da doença e a sua propagação foram diferentes nas regiões do país, sendo a porta de entrada da COVID-19 pelo Sudeste do país, em São Paulo, em seguida foram detectados casos na região Nordeste em 06/03/2020 e no dia seguinte na região Centro-Oeste. Em 10/03/2020 foi confirmado o primeiro caso na região Sul do país e em 15/03/2020 houve a confirmação do primeiro caso na região Norte do País. Embora a chegada da doença tenha percorrido um caminho, a frequência de afastamento da região Nordeste (0,90) é cerca de 2x maior que as regiões Sul (0,47) e Sudeste (0,37) do País e cerca de 50% superior que a frequência de adoecimento nas regiões Centro-Oeste (0,60) e Norte (0,54) conforme exemplificado na tabela 1, corroborado por Cavalcante et al.(2020) que identificou que a Região Norte e Nordeste a partir de maio/2020 apresentaram taxas de incidência da COVID-19 superiores à incidência nacional.

Os afastamentos decorrentes da COVID-19, em sua maioria, ocorreram entre os profissionais de saúde do sexo feminino em grande parte das regiões do país, com

idade mais jovem entre 40 e 49 anos. Corroborando os afastamentos ocorridos nos EUA onde a maior proporção de casos de COVID-19 (96%) ocorreu no grupo de idade mediana de 42 anos e 73% dos casos entre profissionais de saúde ocorreram no sexo feminino, já quando comparado ao padrão de afastamentos ocorridos em Wuhan, na China, a média de idade dos profissionais afastados foi de 32 anos e 25,6% eram profissionais do sexo masculino. (MMWR, 2019; TONG et al., 2020)

A frequência de afastamento entre os sexos foi corroborada com uma pequena variação, demonstrando semelhanças culturais no risco de afastamento para o sexo feminino de COVID-19. No Brasil, em diversos estudos sobre absenteísmo entre profissionais de saúde a associação ao sexo feminino é mais prevalente, foi identificado 1,86 vezes mais risco de afastamento do sexo feminino quando comparado ao sexo masculino, justificado pela maior prevalência do sexo feminino nas profissões de saúde além de prevalência de profissões com maior quantitativo feminino de força de trabalho, como por exemplo na enfermagem. Ainda justificado o maior risco de absenteísmo ao sexo feminino com fatores como a dupla jornada de trabalho ou mesmo por maior índice de problemas de saúde e estresse associado ao gênero ou até a inserção da mulher no mercado de trabalho. (PAIVA et al., 2020; PAIVA; DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020; SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2018)

No que tange a CH, a maior frequência de afastamento pode ser explicada de diversas óticas, como por exemplo: A carga horária de 36h possui o maior contingente de profissionais e conseqüentemente o maior quantitativo de afastamentos; ou também, a CH 36h abarcar mais categorias profissionais que possuem risco acometimento pela COVID-19, ou ainda, essa CH representar os profissionais que estão mais tempo em ambientes susceptíveis de contrair doenças. Contudo, em estudos anteriores de absenteísmo também foi evidenciado que o regime contratual de 36h semanais prevaleceu nos afastamentos entre os servidores da região sul do Brasil e trabalhadores de regime contratual 40h semanais tiveram afastamentos 3,81 vezes maiores comparados aos demais. Observado que o aumento da carga horária contratual é um fator de risco para o absenteísmo sugerindo que o aumento da carga horária reflete aumento da demanda do profissional, do desgaste e da carga de trabalho. (PAIVA; DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020)

Poucos estudos de outros países relataram a carga horária de trabalho dos profissionais de saúde sugerindo que a análise de jornada de trabalho não influencia ou não é uma variável de interesse, dificultando esse tipo de análise. Foi encontrado

apenas uma análise entre profissionais que foram deslocados para atendimento em Wuhan onde a prevalência de afastamentos ocorreu nos trabalhadores que em média trabalhavam em turnos de 4-6h dia cerca de 5-6 vezes na semana. Corroborando que a prevalência de afastamento também ocorreu em trabalhadores que tinham atividades laborais de 20 a 36h semanais. (TONG et al., 2020)

Na mesma vertente, quando comparado com estudos de absenteísmo no exterior, é pouco avaliado o tempo de contratação no mesmo trabalho, permitindo a inferência que o tempo de trabalho no mesmo emprego também não é uma variável de interesse. Análises anteriores ao COVID-19 no Brasil sugerem que o maior percentual de afastamento por absenteísmo entre servidores públicos ocorre entre pessoas com mais de 11 anos de serviço, divergindo dos dados encontrados na EBSERH, que encontrou a maior frequência de absenteísmo por COVID-19 entre trabalhadores de 1-3 anos na maioria das regiões do país, podendo ser justificados pelo tempo de criação da empresa e conseqüentemente pelo tempo de contratação dos trabalhadores.(SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2018)

A COVID-19 é uma doença nova, e seus impactos a longo prazo na pessoa que a contrai, como sequelas e a necessidade de reabilitação pós-COVID-19, ainda estão sendo estudados. O preconizado pela OMS é que a pessoa que manifeste sintomas seja afastada ou isolada do trabalho desde o primeiro dia de sintoma e a liberação para o retorno ao exercício da função ocorra cerca de 24h após o término do período de transmissão. Em julho de 2020, atribuíam-se 14 dias para o risco de transmissibilidade da doença, indicando-se esse período para isolamento da pessoa com diagnóstico confirmado de COVID-19. (OPAS/OMS, 2020)

Foi possível perceber que a maior frequência de afastamentos ocorreu pelo período de 1-5 dias em maior parte do país, divergindo dos afastamentos analisados entre profissionais médicos na região sul de Londres onde a mediana da duração dos afastamentos foi de 7-11,8 dias. (KHORASANEE et al., 2021). Esse período de afastamento inferior ao preconizado pela OMS para casos de COVID-19 permite inferir que as regiões do país que tiveram maior frequência de afastamentos pelo período de 1-5 dias podem indicar maior número de quadros suspeitos de COVID-19 que geraram afastamentos dos profissionais e após os resultados dos testes foram descartados como infecção por COVID-19 com o retorno do profissional ao trabalho. Contudo as regiões do país que tiveram a frequência de afastamento elevada no período de 11-

15 dias ratificam onde a doença teve maior transmissibilidade e conseqüentemente maior agravamento de pessoas.(CAVALCANTE et al., 2020).

A despeito da análise focar apenas em profissionais de saúde, sabe-se que profissionais que estão em cuidado direto e diário ao paciente de COVID-19 estão susceptíveis a alta carga viral, portanto, mesmo que não seja um profissional de uma lotação de trabalho com atendimento exclusivo da COVID-19, ele também tem risco aumentado percebido pela frequência de afastamento aumentada entre os profissionais de assistência direta ao paciente cerca de 2x superior à frequência de afastamento dos trabalhadores de atendimento de apoio. Fato corroborado pela pesquisa entre médicos no Hospital Universitário de Lewshiam, no sul de Londres, onde houve diferença significativa no absenteísmo por doença entre os afastamentos de médicos que exerciam as atividades em setores como Emergência pediátrica (7,1%) e Emergência adulto (8,6%), Cirurgias geral (10,5%), setor de traumatologia ortopedia (7,4%) e até mesmo os setores de medicina geral (12%), quando comparados ao setor de cuidados intensivos como UTI (3,7%). (KHORASANEE et al., 2021)

Também foi possível identificar que a região Nordeste do país corrobora com o maior índice de absenteísmo decorrente da COVID-19 apresentado na tabela 1, pois do total de dezesseis profissões de saúde da região, sete apresentaram uma frequência de afastamento superior a 100% da população, ou seja, cerca de metade das profissões de saúde região Nordeste apresentaram afastamento de pelo menos um dia em decorrência da COVID-19. O evento de afastamento superior a população se repetiu apenas na população de dentistas (4,28) na região de Sul do Brasil, onde dezoito colaboradores afastaram-se 77 vezes durante o período analisado (Tabela 3). Sem dúvidas que os trabalhadores assistenciais estão submetidos à maiores riscos de se afastar por COVID-19, no entanto, os dados sugerem que certos tipos de atividades podem estar em maior risco de infecção por COVID-19 e que a prevenção no local de trabalho, seja ele no cuidado diretamente ao paciente com COVID -19 ou contato eventual deve ser pautada em treinamento com controle de infecção, bem como programas rígidos de capacitação.(TONG et al., 2020).

Embora não tenha sido identificado nenhuma análise de absenteísmo durante a COVID-19 relacionado a diversas profissões de saúde, o que foi observado nas profissões da rede EBSEH foi corroborado em análises anteriores por infecções similares como na epidemia de Influenza na Itália. Também foi identificado que

trabalhadores que não tinham contato direto com paciente apresentaram um aumento ligeiramente maior no absenteísmo durante o evento da epidemia quando comparado a um período sem epidemia, e que as profissões que tiveram mais aumento foram: Pessoal de apoio não médico (trabalhadores de hotelaria e pessoal de higiene), pessoal administrativo, enfermeiros e profissionais de saúde associados (radiologistas, terapeutas e técnicos de laboratório). (GIANINO et al., 2017)

Sob o mesmo olhar, um relatório dos EUA no período inicial da pandemia demonstrou que o absenteísmo por doença em certos grupos de trabalhadores que compõe força de trabalho essenciais ou críticas separados por ocupações de apoio à saúde, ocupações de cuidados pessoais e serviços (creches e auxiliares de cuidados pessoais) e ocupações de produção (trabalhadores de produtos alimentícios perecíveis, como carnes) foi superior ao esperado com base nos anos anteriores, enquanto outras profissões que puderam se afastar ou mesmo não demandam atendimentos muito próximos, como por exemplo, profissionais de escritório, serviços de vendas, ocupações jurídicas, informática entre outros, houve redução no percentual de absenteísmo esperado para o mesmo período. (GROENEWOLD et al., 2020)

Análise ampla de um serviço de seguro de saúde trabalhista da Espanha identificou que nenhum tipo de trabalho estudado, sendo elas atividades de agricultura, construção, indústria, serviços e profissionais de saúde estavam menos susceptíveis a afastar por COVID-19, inclusive o setor em que se apresentou o maior aumento de licenças de saúde quando comparado aos anos anteriores de afastamentos pelo mesmo motivo, foi o setor de construção com aumento de 284% nos afastamentos, enquanto o setor de serviços tinha 85% de aumento. Nessa mesma análise os profissionais de saúde da seguradora apresentaram aumento de 5,5% de licenças de saúde em comparação aos anos anteriores ressaltando que nenhum setor de trabalho é seguro para não contrair COVID-19 (CALVO-BONACHO et al., 2020)

Limitações do Estudo:

Embora a análise englobe os afastamentos decorrentes da COVID-19 indiretos ao trabalhador, como afastamento de caso suspeito de COVID-19 do trabalhador ou para acompanhamento de contato domiciliar suspeito ou positivo para COVID-19, não foi possível distinguir tais afastamentos, pois havia códigos similares que poderiam

ser utilizados para identificar o mesmo afastamento, e conseqüentemente o risco de cada unidade hospitalar registrar os afastamentos com códigos distintos. Diante disso, não foi possível estratificar os afastamentos por quadro suspeito ou contato domiciliar, mas não se deve deixar de utilizar esse critério para futuras análises.

A despeito dos registros de afastamento serem padronizados e inseridos no sistema informatizado de saúde de cada unidade, além do estudo ter sido abrangente e baseado em registros oficiais de absenteísmo de uma rede de hospitais do Brasil, percebeu-se que os registros não são uniformes para toda a rede, portanto é possível que tenha havido variação nos critérios de registro de cada variável em cada unidade de saúde. Além disso, o período inicial da pandemia de Covid-19 teve grande variabilidade de demanda em todas as regiões do país, limitando as comparações entre as regiões. Outro fator limitante foi o fato de não ter mais estudos de abrangência nacional para efeito de comparações, além de poucos estudos relacionados ao tema absenteísmo nesse período de pandemia.

Nesta pesquisa, não foi possível expandir a análise aos casos de agravamento da COVID-19, pois a postergação do afastamento e prolongamento do período de ausência pode não ter sido identificado com o código da COVID-19, então não foi objeto da análise, contudo esse tipo de estudo é de relevância, visto que casos moderados a graves podem representar um maior absenteísmo. Estudos preliminares de tempo médio de sintomas de pacientes ambulatoriais revelou uma média de três semanas para resolução dos sintomas. (WHITE et al., 2021)

CONTRIBUIÇÕES:

Os dados apresentados servem como indicadores de saúde, portanto, esta pesquisa pode auxiliar estudos posteriores a realizarem avaliação de ausências de outros grupos profissionais, além de avaliar a extensão de perdas econômicas relacionadas ao COVID-19, para melhor compreender os riscos ocupacionais e servir como ferramenta de gestão para o enfrentamento da doença, já que a manifestação dela se apresenta com um longo período de incidência. Planejando ações com intuito de melhorar as condições de trabalho e saúde desses profissionais de forma que não comprometa a qualidade da assistência ao paciente, uma vez que o maior contingente populacional em unidades hospitalares são os profissionais de saúde.

CONCLUSÃO:

A presente pesquisa apresentou um detalhamento dos afastamentos por COVID-19 em uma população abrangente de trabalhadores da rede EBSEERH, possibilitando instigar discussões pautadas nos dados e nas intervenções sugeridas para prevenção e educação em saúde. Os resultados demonstram quais profissionais de saúde estiveram mais propensos a se afastarem do trabalho por motivo de doenças e possibilita aos gestores intervenções na força de trabalho dos grupos sinalizados com maior potencial para adoecimento. Embora a COVID-19 seja uma doença transmissível, foi demonstrado em uma pesquisa entre profissionais de linha de frente em Wuhan que infecção ocupacional zero de COVID-19 é uma meta alcançável com treinamento apropriado, vigilância em saúde e apoio psicológico para profissionais de saúde. (TONG et al., 2020)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. (org.). Sobre os Hospitais Universitários Federais: unidades da rede ebserh. Unidades da Rede EBSEERH. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 31 dez 2022a.

BRASIL. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID- 19 – ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DA EBSEERH- Boletim de Serviço, EBSEERH, Brasília, DF, 30 dez. 2020c. p. 1-24

CALVO-BONACHO, E. et al. COVID-19 and Sick Leave: An Analysis of the Ibermutua Cohort of Over 1,651,305 Spanish Workers in the First Trimester of 2020. *Frontiers in Public Health*, v. 8, 19 out. 2020.

CAPELARI, M. M. et al. Prevalência de absenteísmo odontológico em funcionários públicos de um município do interior do Estado de São Paulo employees of a city in São Paulo state, Brazil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 13, n. 2, p. 100–107, 2014.

CAVALCANTE, J. R. et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, v. 29, n. 4, p. e2020376, 2020.

DALCIN, T.; LUNARDI, G.; BARCELOS, C. ESTUDO SOBRE O IMPACTO DA ADESAO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSEERH). **RAHIS- Revista de**

Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 18, n. 3, p. 149–169, 24 out. 2021.

GARBIN, A. J. Í. et al. Absenteísmo-doença dos profissionais da Atenção Primária à Saúde antes e durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. supl. 1, 2022.

GIANINO, M. M. et al. Estimation of sickness absenteeism among Italian healthcare workers during seasonal influenza epidemics. *PLoS ONE*, v. 12, n. 8, 1 ago. 2017.

GROENEWOLD, M. R. et al. Health-Related Workplace Absenteeism Among Full-Time Workers — United States, 2017–18 Influenza Season. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 68, n. 26, p. 577–582, 5 jul. 2019.

GROENEWOLD, M. R. et al. Increases in Health-Related Workplace Absenteeism Among Workers in Essential Critical Infrastructure Occupations During the COVID-19 Pandemic—United States, March–April 2020. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.census.gov/programs-surveys/cps.html>>.

KHORASANEE, R. et al. The effects of COVID-19 on sickness of medical staff across departments: A single centre experience. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, v. 21, n. 2, p. E150–E154, 1 mar. 2021.

LIMA, E. DE P. et al. Baixas na linha de frente: absenteísmo entre bombeiros durante o combate à pandemia da COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 45, 2020.

MAFRA, M.; VIEIRA, R. S. M.; BROCKER, R. Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares (Ebserh): Competências E Características Do Modelo Para Gestão Em Hospitais Universitários Federais. *Xv Colóquio Internacional De Gestão Universitária –CIGU* Argentina, 2 dez. 2015.

MALTEZOU, H. C. et al. SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Personnel With High-risk Occupational Exposure: Evaluation of 7-Day Exclusion From Work Policy. *Clinical Infectious Diseases*, v. 71, n. 12, p. 3182–3187, 15 dez. 2020.

MISSEL, M. et al. A stoic and altruistic orientation towards their work: a qualitative study of healthcare professionals' experiences of awaiting a COVID-19 test result. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 1–9, 2020.

MMWR. MMWR - Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 — United States, February 12–April 9, 2020. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/reporting-pui.html>>.

PAIVA, L. G. DE; DALMOLIN, G. D. L.; DOS SANTOS, W. M. Absenteeism-disease in health care workers in a hospital context in southern brazil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 18, n. 4, p. 399–406, 2020.

PAIVA, L. G. DE et al. Fatores associados ao absenteísmo-doença de trabalhadores da saúde: revisão de escopo. *Avances en Enfermería*, v. 38, n. 2, p. 234–248, 1 maio 2020.

PAULINO, O. et al. Permanent Commission and International Association on Occupational Health. Sub-committee on absenteeism: draft recommendations. *Occupational and Environmental Medicine*, v. 30, n. 4, p. 402–403, 1 out. 1973.

OPAS/OMS. Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção. 9 jul. 2020.

SANTI, D. B.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. D. F. M. Sickness absenteeism within the Brazilian public service: Integrative literature review. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho Associação Nacional de Medicina do Trabalho*, 2018.

TONG, X. et al. Surveillance of SARS-CoV-2 infection among frontline health care workers in Wuhan during COVID-19 outbreak. *Immunity, Inflammation and Disease*Wiley-Blackwell, 1 dez. 2020.

WHITE, Z. et al. Current data gaps in modeling essential worker absenteeism due to COVID-19. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, v. 15, n. 4, p. E10–E11, 10 ago. 2021.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratou-se de um estudo relevante e oportuno, devido à necessidade em conhecer sobre esta nova realidade vivenciada. O modelo de gestão de hospitais no Brasil é diversificado e dificulta a realização de comparações entre os indicadores estudados, portanto as análises levaram em consideração a realidade e o perfil da instituição a qual possui uma carteira de serviços muito distinta. A empresa é integrada por trabalhadores jovens, contratações recentes e diversidade de atendimento apesar de compor a mesma rede da EBSERH. Somado a isso, configuram uma rede de hospitais que abrange um país de tamanho continental e que a manifestação da mesma doença foi variada em cada região, as comparações externas e internas tiveram que ser relativizadas. Portanto, os dados são descritivos, não sendo possível extrair razões conclusivas para as diferenças entre os índices de afastamento, entre as profissões ou até mesmo entre as regiões do país.

Esta pesquisa revela o quantitativo de absenteísmo diante da exposição frequente a uma infecção ou doença no trabalho, estimativas do número de trabalhadores que adoeceram devido a tais exposições não foram possíveis nesta análise. No entanto, a compreensão da frequência de afastamento de trabalhadores expostos e quais ocupações foram mais impactadas representam um passo importante no modelo de enfrentamento de uma pandemia, cujo objetivo é prevenir a propagação da doença e como consequência proteger a saúde pública. (BAKER; PECKHAM; SEIXAS, 2020)

Esse trabalho possibilita uma série de hipóteses relacionadas particularmente ao comportamento humano, ambiente social e transmissão do vírus. Aspectos inerentes aos profissionais de saúde, como jornada de trabalho ininterruptas, acúmulo de empregos, maior esforço físico, atividades repetitivas, exigência de um trabalho em ritmo exaustivo além da alta carga emocional atribuída aos profissionais contribuem para o absenteísmo e podem se agravadas pela situação pandêmica, porém a instituição tem o dever de estimular e implementar estratégias de redução de risco. (BAKER; PECKHAM; SEIXAS, 2020; PAIVA; DALMOLIN; DOS SANTOS, 2020; (KHORASANEE et al., 2021)

É de conhecimento de todos que as ausências não programadas desses profissionais, por vezes é impossível de compensação, isso foi visto em todos os países que tiveram ondas de casos de COVID-19 maiores que a capacidade dos

serviços e que para atender as demandas podem ser lançados recursos de contratação de novos trabalhadores, pagamento de horas-extras e até convocação de aposentados e voluntários, tudo isso pode agravar a situação financeira da instituição de saúde que já trabalha com escassez. Portanto, para haver proposições de intervenções os gestores devem conhecer a dimensão do afastamento para identificar fatores associados, seja nas relações interpessoais, nos processos de trabalho ou até mesmo nos aspectos individuais. (JUNKES; PESSOA, 2010; ADELI; HEIDARI; HEIDARI, 2020; PAIVA et al., 2020)

Entre as políticas de contenção do absenteísmo de baixo custo está o afastamento de casos suspeitos e confirmados da doença. A minimização dos sintomas pelos profissionais deve ser desencorajada, pois é de conhecimento que os profissionais de saúde tendem a minimizar os riscos para si diante dos sintomas em benefício dos usuários do sistema de saúde público, bem como dos colegas de trabalho. Ações de educação em saúde, orientações e até mesmo apoio psicológico tendem a apresentar resultados. (LIMA et al., 2020)

REFERÊNCIAS

ADELI, S.; HEIDARI, M.; HEIDARI, A. Human resources and patient rights during COVID-19 pandemic in Iran. **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, 19 out. 2020.

ARAÚJO, J. P. **AFASTAMENTO DO TRABALHO: Absenteísmo e presentismo em uma Instituição Federal de Ensino Superior**. Dissertação—Brasília: Universidade de Brasília, 2 jul. 2012.

BAKER, M. G.; PECKHAM, T. K.; SEIXAS, N. S. Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: A key factor in containing risk of COVID-19 infection. **PLoS ONE**, v. 15, n. 4, 1 abr. 2020.

BARBOSA, A. C. Q. VÍNCULOS PROFISSIONAIS EM HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE BRASILEIROS. **Revista de Administração de Empresas**, v. 57, n. 2, p. 178–195, abr. 2017.

BORDALO, A. A. **Estudo transversal e/ou longitudinal**. **Revista Paraense de Medicina**, 2006.

BRASIL. Agência Brasil. Brasília **recebe 15 pacientes com covid-19 procedentes de Manaus**: na quinta-feira (14), cidade havia recebido seis vítimas da doença. Na quinta-feira (14), cidade havia recebido seis vítimas da doença. 2021. Wellton Máximo. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/brasil-recebe-15-pacientes-com-covid-19-procedentes-de-manaus>. Acesso em: 07 mar. 2021a

BRASIL. Ministério da Educação. (org.). **Sobre os Hospitais Universitários Federais**: unidades da rede ebserh. Unidades da Rede EBSEH. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 31 dez 2022a.

BRASIL. Universidade de Brasília (UnB). **PARCERIAS COM O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (HUB)**. Disponível em: <https://www.ppgcienciasmedicas.unb.br/parcerias/ppgcm-hub>. Acesso em: 31 dez 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 454 de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2020b. p. 1 – Edição extra -F

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 NO BRASIL**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 jan. 2023

BRASIL. Instrução Normativa-SEI nº 2, estabelece orientações à Sede e às Filiais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, quanto às medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância

internacional decorrente do coronavírus - COVID-19. Boletim de Serviço, EBSEERH, Brasília, DF, 26 mar. 2020d. p. 5 – Edição extra -F

BRASIL. **PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19 – ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DA EBSEERH-** Boletim de Serviço, EBSEERH, Brasília, DF, 30 dez. 2020c. p. 1-24

BRASIL, Governo do Brasil (ed.). **Em seis meses, hospitais universitários disponibilizaram mais de 1,8 mil leitos para atendimento:** com 40 hospitais espalhados pelo país, rede ebserh ofereceu atendimento a mais de 40 mil pessoas com covid-19 ou suspeita da doença. Com 40 hospitais espalhados pelo País, Rede Ebserh ofereceu atendimento a mais de 40 mil pessoas com Covid-19 ou suspeita da doença. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/08/em-seis-meses-hospitais-universitarios-disponibilizaram-mais-de-1-8-mil-leitos-para-atendimento#:~:text=Para%20acompanhar%20a%20evolu%C3%A7%C3%A3o%20da,19%20ou%20suspeita%20da%20doen%C3%A7a.%3E>. Acesso em: 07 mar. 2021b.

BRASIL, UnB: Universidade de Brasília (comp.). **Hospital Universitário faz balanço destes seis meses de pandemia:** primeiro caso confirmado de covid-19 no país foi em 26 de fevereiro. de lá para cá, hub atuou em pesquisa, capacitação e atendimento. Primeiro caso confirmado de covid-19 no país foi em 26 de fevereiro. Elaborado por Secom UnB. Disponível em: <https://noticias.unb.br/112-extensao-e-comunidade/4396-hospital-universitario-faz-balanco-destes-seis-meses-de-pandemia%3E>. Acesso em: 07 mar. 2021c

CALVO-BONACHO, E. et al. COVID-19 and Sick Leave: An Analysis of the Ibermutua Cohort of Over 1,651,305 Spanish Workers in the First Trimester of 2020. **Frontiers in Public Health**, v. 8, 19 out. 2020.

CAPELARI, M. M. et al. Prevalência de absenteísmo odontológico em funcionários públicos de um município do interior do Estado de São Paulo employees of a city in São Paulo state, Brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 13, n. 2, p. 100–107, 2014.

CAVALCANTE, J. R. et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 29, n. 4, p. e2020376, 2020.

CHOU, R. et al. Update Alert 4: Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers. **Annals of internal medicine**, v. 173, n. 8, p. 143–144, 2020.

DALCIN, T.; LUNARDI, G.; BARCELOS, C. ESTUDO SOBRE O IMPACTO DA ADESÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSEERH). **RAHIS- Revista de**

Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 18, n. 3, p. 149–169, 24 out. 2021.

DONG, E.; DU, H.; GARDNER, L. **An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. The Lancet Infectious Diseases** Lancet Publishing Group, 1 maio 2020.

EL-HAGE, W. et al. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information. n. January, 2020.

FERNANDES, L. S. G. **MAPEAMENTO DO ABSENTISMO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO NUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE**. Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1 jun. 2018.

FERREIRA, R. C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 259–268, abr. 2012.

FONTELLES, M. J. et al. METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA. **REVISTA PARAENSE DE MEDICINA**, v. 23, n. 3, p. 1–8, 2009.

GARBIN, A. J. Í. et al. Absenteísmo-doença dos profissionais da Atenção Primária à Saúde antes e durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. supl 1, 2022.

GIANINO, M. M. et al. Estimation of sickness absenteeism among Italian healthcare workers during seasonal influenza epidemics. **PLoS ONE**, v. 12, n. 8, 1 ago. 2017.

GOMES, R. M. DOS S. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): um estudo de caso. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 5, p. 26–38, 30 dez. 2016.

GROENEWOLD, M. R. et al. Health-Related Workplace Absenteeism Among Full-Time Workers — United States, 2017–18 Influenza Season. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 68, n. 26, p. 577–582, 5 jul. 2019.

GROENEWOLD, M. R. et al. **Increases in Health-Related Workplace Absenteeism Among Workers in Essential Critical Infrastructure Occupations During the COVID-19 Pandemic-United States, March-April 2020**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.census.gov/programs-surveys/cps.html>>.

GUPTA, S.; SAHOO, S. Pandemic and mental health of the front-line healthcare workers: a review and implications in the Indian context amidst COVID-19. **General Psychiatry**, v. 33, n. 5, p. e100284, 2020.

HUANG, J. et al. Care for the psychological status of frontline medical staff fighting against COVID-19. **Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, n. Xx Xxxx, p. 1–2, 2020.

JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Despesa financeira incorrida por licenças médicas de profissionais de saúde em hospitais públicos de Rondônia, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 114–121, 2010.

KHORASANEE, R. et al. The effects of COVID-19 on sickness of medical staff across departments: A single centre experience. **Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London**, v. 21, n. 2, p. E150–E154, 1 mar. 2021.

LEMOS, D. S. et al. Sickness absence among public workers in the healthcare sector of the Federal District, Brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 3, p. 336–345, 2018.

LIMA, E. DE P. et al. Baixas na linha de frente: absenteísmo entre bombeiros durante o combate à pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020.

MAFRA, M.; VIEIRA, R. S. M.; BROCKER, R. **EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH): COMPETÊNCIAS E CARACTERÍSTICAS DO MODELO PARA GESTÃO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. XV COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA –CIGU** Argentina, 2 dez. 2015.

MALTEZOU, H. C. et al. SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Personnel With High-risk Occupational Exposure: Evaluation of 7-Day Exclusion From Work Policy. **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, n. 12, p. 3182–3187, 15 dez. 2020.

MARTINS, L. F. et al. Esgotamento entre profissionais da atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4739–4750, 2014.

MENDES, N. C. F.; LIMA, D. V. DE; MATIAS-PEREIRA, J. O IMPACTO DO ABSENTÉISMO-DOENÇA NAS DESPESAS DO REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO BRASIL. **Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios**, v. 11, p. 101, 8 jul. 2018.

MISSEL, M. et al. A stoic and altruistic orientation towards their work: a qualitative study of healthcare professionals' experiences of awaiting a COVID-19 test result. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 1–9, 2020.

MMWR. **MMWR - Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 — United States, February 12–April 9, 2020**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/reporting-pui.html>>.

OPAS/OMS. Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção. 9 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OMS. **CID-10**: Classificação Internacional de Doenças. São Paulo: EDUSP, 1994, 1ª ed.

PAIVA, L. G. DE et al. Fatores associados ao absenteísmo-doença de trabalhadores da saúde: revisão de escopo. **Avances en Enfermería**, v. 38, n. 2, p. 234–248, 1 maio 2020.

PAIVA, L. G. DE; DALMOLIN, G. D. L.; DOS SANTOS, W. M. Absenteeism-disease in health care workers in a hospital context in southern brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 4, p. 399–406, 2020.

PALLADINO, R. et al. Excess deaths and hospital admissions for COVID-19 due to a late implementation of the lockdown in Italy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 16, p. 1–6, 2020.

PAULINO, O. et al. Permanent Commission and International Association on Occupational Health. Sub-committee on absenteeism: draft recommendations. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 30, n. 4, p. 402–403, 1 out. 1973.

PESSA VALENTE, E. et al. COVID-19 among health workers in Brazil: The silent wave. **Journal of global health**, v. 10, n. 1, p. 010379, 2020.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318–325, 1994.

REIS, R. J. DOS; et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por profissionais de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 616–623, 2003.

SANTI, D. B.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. D. F. M. **Sickness absenteeism within the Brazilian public service: Integrative literature review**. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho** Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 2018.

TANG, L. HUA et al. Avoiding health worker infection and containing the coronavirus disease 2019 pandemic: Perspectives from the frontline in Wuhan. **International Journal of Surgery**, v. 79, n. May, p. 120–124, 2020.

TONG, X. et al. **Surveillance of SARS-CoV-2 infection among frontline health care workers in Wuhan during COVID-19 outbreak**. **Immunity, Inflammation and Disease** Wiley-Blackwell, 1 dez. 2020.

WHITE, Z. et al. Current data gaps in modeling essential worker absenteeism due to COVID-19. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, v. 15, n. 4, p. E10–E11, 10 ago. 2021.

WHO. **World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Genebra, 2022. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders>.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. **Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention.** **JAMA - Journal of the American Medical Association** American Medical Association, 7 abr. 2020.

APÊNDICE A – LISTA DE AGRUPAMENTO DE LOTAÇÃO DE TRABALHO

- Área Administrativa (Auditoria, Gerência Administrativa, Ouvidoria, Planejamento assistencial e de tecnologias em saúde, Setores e Unidades de administração, contabilidade, orçamento e finanças, planejamento, compras, comunicação social, licitações, liquidação de despesa; Superintendência; apoio corporativo e apoio operacional, Serviço de Contratualização Hospitalar, Unidade de Patrimônio);
- Área assistencial (Divisão ou Unidade de Enfermagem, Divisão ou Unidade de Gestão do Cuidado, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde, Setor de Apoio a Gestão da Saúde, Hospitais e Complexos Hospitalares, Unidades de Atenção à Saúde da Criança, da Mulher, do Adolescente, do Adulto, do Idoso, Ambulatorial, Cardiovascular, Cabeça e Pescoço, Cérvico-Facial ou Cabeça e Pescoço, da Visão, Anestesiologia e RPA, de Gestão da Enfermagem, Bloco Cirúrgico e CME, Especialidades Cirúrgicas, Especialidades Clínicas, Unidades e Setores de Urgência e Emergência, Cuidados paliativos, Cardiologia e Cardiovascular ou Cardiorrespiratório, Unidades de clínicas cirúrgica, geral e médica, Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos adulto e pediátricos, Unidade De Doenças Infecciosas e Parasitárias Ou Infectologia, Unidade De Direitos Reprodutivos, Unidade De Ginecologia e Obstetrícia, Unidade de Hematologia e Oncologia, Unidade de Hemodiálise, Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental, Oftalmologia, Pediatria, Processamento de Materiais, Otorrinolaringologia, Unidade de Pronto Atendimento e Pronto Socorro, Unidade de Radioterapia e Quimioterapia, Unidade de Transplante, Urologia e Nefrologia, Unidade de Gastroenterologia, Metabologia e Endocrinologia, Unidades de Sistemas Digestivo, Locomotor, Musculoesquelético, Neuromuscular, Respiratório, Urinário, Unidade Transfusional, Sistema traumato-Ortopédico, Unidade de Referência de Agudos, Unidade de Rim);
- Apoio Diagnóstico (Divisão, Setor e Unidade de Apoio diagnóstico e terapêutico; Unidades de análises clínicas e Anatomia Patológica, Unidade de Diagnósticos por imagem e métodos gráficos e videoendoscopias, Unidade de Bioimagem, Medicina Nuclear e Radiologia Intervencionista);
- Apoio Assistencial (Setores e Unidades de Vigilância em Saúde; Segurança do Paciente, Gestão da Qualidade, Gestão de Leitos, Gestão de riscos, Gestão ambulatorial, Segurança do trabalho e Saúde Ocupacional, Regulação Assistencial e

Avaliação em saúde; Gestão da Internação e Setor de projetos Estratégicos em Saúde);

- Gerência de Ensino e Pesquisa (Setor de gestão de pesquisa e inovação, Gerência e Setor de Ensino, Núcleo de Estudos, Unidade Centro de Pesquisas, Unidade de E-saúde, telesaúde e websaúde; Unidade de Gerenciamento de atividades de Pós-graduação, graduação, extensão, ensino técnico, atividades de simulação prática, produção científica),
- Gestão de Pessoas (Divisão e Setor de Gestão de Pessoas, Serviço de Dimensionamento de Pessoal, Documentação e Registro, Relações de trabalho, Unidades de Administração de Pessoal, Desenvolvimento de Pessoas, Admissão, movimentação e avaliação de pessoas);
- Setor de Logística e Infraestrutura (Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar ou física, Divisão ou Setor de Suprimentos, Setor de Engenharia Clínica, Higienização e gestão de resíduos, hotelaria hospitalar, Unidade de Almoxarifado e Unidade de abastecimento de produtos para a saúde);
- Setor de Farmácia Hospitalar (Setor e Unidade de Farmácia Clínica, hospitalar, de dispensação, do adulto ou infantil, Unidade de abastecimento e dispensação farmacêutica);
- Setor de Avaliação e Regulação em Saúde (Serviço de Capacitação e Avaliação de desempenho, Setor ou Unidade de Gestão da Informação, Monitoramento e Avaliação, Gestão da Informação e Informática, Gestão de processos e Tecnologia da Informação, Unidade de processamento da informação, Unidade de Registro, revisão e processamento, Núcleo de avaliação de tecnologias em saúde);
- Setor de Apoio Terapêutico (Unidades de Apoio Multiprofissional e Reabilitação, Cuidado Psicossocial, Nutrição clínica, Reabilitação, Saúde Bucal, Serviço Social, atenção neuro-músculo/esquelética e reabilitação, gerenciamento de residência multiprofissional)
- Sem definição no organograma (Unidade de Atenção em Especialidades Clínicas e Unidade de Gestão da documentação Clínica)

APÊNDICE B – QUANTITATIVO ABSOLUTO DE POPULAÇÃO E AFASTAMENTO DE TODAS AS VARIÁVEIS ANALIZADAS

-	Centro-Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
	Afast COVID	População	Afast COVID	População	Afast COVID	População	Afast COVID	População	Afast COVID	População	Afast COVID	População
Sexo												
Feminino	1390	2599	9722	10416	501	866	1501	3873	1314	2956	14428	20710
Masculino	758	991	2782	3498	203	438	495	1455	558	985	4796	7367
Idade												
Até 29 anos	154	277	379	664	45	87	136	343	163	445	877	1816
30-39 anos	1231	2003	7300	8288	381	720	1138	3046	880	2070	10930	16127
40-49 anos	577	1011	4027	3946	228	407	591	1540	651	1114	6074	8018
50-59 anos	181	264	768	907	46	81	121	344	132	281	1248	1877
> 60 anos	5	35	30	109	4	9	10	55	46	31	95	239
Carga Horária												
24 H	719	930	2456	3593	159	397	409	1572	867	1084	4610	7576
30 H	93	237	795	877	33	56	171	369	129	241	1221	1780
36 H	1215	2096	8457	8085	467	716	1298	2960	785	2297	12222	16154
40 H	121	327	796	1359	45	135	118	427	91	319	1171	2567
Tempo de serviço												
< 1ano	188	336	697	866	101	188	164	457	246	646	1396	2493
1 - 3 anos incompletos	388	583	3783	2890	373	684	493	1314	630	1482	5667	6953
3 - 5 anos incompletos	855	1425	4664	6314	188	351	732	2158	626	1437	7065	11685
>5 anos	717	1246	3360	3844	42	81	607	1399	370	376	5096	6946
Carreiras de Saúde												
Assistente Social	10	25	73	152	7	14	14	43	6	36	110	270
Biólogo	3	5	7	39	0	2	2	14	6	6	18	66
Biomédico	9	22	71	54	2	5	4	19	3	10	89	110
Cirurgião	9	22	80	56	5	8	6	24	77	18	177	128
Dentista												
Educador	0	5	33	20	1	3	3	6	1	11	38	45
Físico												
Enfermeiro	407	809	2748	2662	132	212	485	1186	255	802	4027	5671
Farmacêutico	25	78	123	347	8	25	19	105	11	72	186	627
Fisioterapeuta	50	146	391	500	10	17	128	243	35	141	614	1047
Fonoaudiólogo	14	26	176	96	8	12	8	34	5	27	211	195
Médico	667	845	2359	3328	134	360	375	1488	846	998	4381	7019
Nutricionista	2	26	128	155	3	10	11	36	5	37	149	264
Psicólogo	19	38	71	137	1	16	12	43	6	38	109	272
Técnico em Enfermagem	811	1298	5711	5426	335	504	815	1777	530	1496	8202	10501
Técnico em Radiologia	52	86	98	267	25	39	34	84	21	88	230	564
Técnico em Saúde	60	141	360	602	30	72	65	201	59	142	574	1158
Terapeuta Ocupacional	10	18	75	73	3	5	15	25	6	19	109	140
Total	2148	3590	12504	13914	704	1304	1996	5328	1872	3941	19224	28077

