



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Artur Lopes Salduino da Silva

**A INFLUÊNCIA DO ABSENTEÍSMO EM UNIDADES BÁSICAS DE  
SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE NA ÓTICA DO  
PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

**Brasília-DF**

2023

ARTUR LOPES SALDUINO DA SILVA

A INFLUÊNCIA DO ABSENTEÍSMO EM UNIDADES BÁSICAS DE  
SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE NA ÓTICA DO  
PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito parcial para a obtenção do  
Título de Bacharel em Saúde Coletiva na  
graduação em Saúde Coletiva da Universidade  
de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Wallace Enrico  
Boaventura Gonçalves Dos Santos

Brasília-DF

2023

ARTUR LOPES SALDUINO DA SILVA

**A Influência do Absenteísmo em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal: uma análise na ótica do planejamento em saúde.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Saúde Coletiva na graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

---

Professor Dr. Wallace Enrico Boaventura G. Santos

---

Prof. Dra. Taciana Silveira Passos

---

Prof. Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto

Apresentado em:  
Brasília-DF, 12 de dezembro de 2023

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos profissionais da saúde, cuja abnegação e dedicação inspiram a construção de um sistema de saúde mais humano e eficiente. Que esta pesquisa contribua, de alguma forma, para a melhoria das condições de trabalho e qualidade de vida desses heróis que, diariamente, se entregam ao cuidado do próximo. Um agradecimento a todos aqueles que labutam incansavelmente em prol da saúde, meu respeito e admiração. Este trabalho é dedicado a vocês, que fazem a diferença todos os dias.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço profundamente aos meus pais, Allan Salduíno e Ângela Cristina, cujo apoio incondicional e coragem me incentivaram a sair do ninho e alçar voos em direção aos meus objetivos.

Ao meu dedicado orientador, Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos, expresso minha gratidão pela viabilização deste trabalho, enriquecendo-o com seu valioso conhecimento. Agradeço também à minha professora de TCC, Rosamaria Giatti, por acreditar em mim mesmo nos momentos mais desafiadores, além das cobranças construtivas que sempre me impulsionaram a entregar o meu melhor.

À minha querida colega Eduarda Grillo, cujo destino nos uniu sob a mesma orientação, agradeço por sua constante motivação, preocupação e determinação em fazer tudo dar certo. Em especial, dedico meu reconhecimento ao meu grande amigo de jornada, Lucas Oliveira, cuja amizade desde o início se caracteriza pelo apoio mútuo e pelos ensinamentos valiosos. Agradeço por estar ao meu lado nos momentos difíceis, sempre me impulsionando a seguir em frente. Grato por cada pessoa que contribuiu para a realização deste trabalho e por fazerem parte dessa jornada significativa.

## RESUMO

O aumento do absenteísmo entre profissionais de saúde em organizações públicas emerge como uma preocupação significativa para a gestão, apontando para possíveis falhas no sistema, que repercutem diretamente na qualidade dos serviços oferecidos. A saúde do trabalhador, intrinsecamente ligada ao bem-estar físico, mental e social, exerce um impacto direto na qualidade de vida e produtividade no ambiente de trabalho. Este estudo tem como propósito avaliar as principais ações de saúde afetadas pelo fenômeno do absenteísmo nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, tomando como referência os planos de ação delineados pelo Programa de Qualificação da Atenção Primária (QualisAPS) em 2022. Através da análise de dados provenientes do planejamento das equipes de saúde e da consolidação de informações sobre o absenteísmo, foram identificados 65 problemas e 93 ações, revelando a extensão e complexidade do cenário. A análise discriminada por padrão de qualidade e região de saúde evidenciou áreas específicas, proporcionando uma identificação mais precisa das principais ações de saúde afetadas em cada região. Notavelmente, os resultados destacaram que o absenteísmo não especificado surge como o principal desafio enfrentado pelas equipes, impactando significativamente tanto a implementação de políticas quanto as próprias dinâmicas das equipes de saúde. Esse cenário de incerteza em relação aos motivos do afastamento dos profissionais representa uma barreira substancial, dificultando a formulação e implementação eficaz de políticas destinadas ao enfrentamento do problema. Além disso, esse quadro impacta diretamente nas atividades cotidianas das equipes de saúde, comprometendo a execução eficiente das ações de saúde planejadas e prejudicando o alcance dos objetivos propostos.

**Palavras-chaves:** Absenteísmo; Licença Médica; Gestão em Saúde; Planejamento em Saúde

## ABSTRACT

The increase in absenteeism among healthcare professionals in public organizations emerges as a significant concern for management, pointing to potential flaws in the system that directly impact the quality of services provided. Worker health, intrinsically linked to physical, mental, and social well-being, has a direct impact on the quality of life and productivity in the workplace. This study aims to evaluate the main health actions affected by the phenomenon of absenteeism in the Basic Health Units of the Federal District, using as a reference the action plans outlined by the Primary Care Qualification Program (QualisAPS) in 2022. Through the analysis of data from health team planning and the consolidation of information on absenteeism, 65 problems and 93 actions were identified, revealing the extent and complexity of the scenario. Discriminative analysis by quality standard and health region highlighted specific areas, providing a more precise identification of the main health actions affected in each region. Notably, the results highlighted that unspecified absenteeism emerges as the main challenge faced by teams, significantly impacting both policy implementation and the dynamics of health teams themselves. This scenario of uncertainty regarding the reasons for professionals' absence represents a substantial barrier, hindering the effective formulation and implementation of policies aimed at addressing the problem. Additionally, this situation directly impacts the daily activities of health teams, compromising the efficient execution of planned health actions and impairing the achievement of proposed objectives.

**Keywords:** Absenteeism; Sick Leave; Health Management; Health Planning

## **LISTA DE ABREVIATURA**

**AB** - Atenção Básica

**ACS** - Agentes Comunitários de Saúde

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**CLT** - Consolidação das Leis do Trabalho

**DF** - Distrito Federal

**eSB** - equipes de Saúde Bucal

**eSF** - equipes de Saúde da Família

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PAQ** - Plano de Ação para a Qualidade

**PMAQ-AB** - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

**RAS** - Redes de Atenção à Saúde

**RA** - Região Administrativa

**RS** – Região de Saúde

**SES-DF** - Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidades Básicas de Saúde

**UnB** - Universidade de Brasília



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Matriz do Plano de Ação para a Qualidade do caderno para Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal. 18
- Figura 2** - Exemplo do Padrão de Qualidade. 19

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Proporção (%) dos problemas relatados pelas eSF em seu PAQ, relacionados ao Absenteísmo-doença, por categoria, em 2022. 43
- Gráfico 2** - Proporção (%) dos problemas relatados pelas eSF em seu PAQ entre as Regiões de Saúde do DF pelas dimensões dos padrões de qualidade, em 2022. 46
- Gráfico 3** - Proporção (%) das ações relatadas pelas eSF em seu PAQ, relacionados ao Absenteísmo-doença, por categoria, em 2022. 51
- Gráfico 4** - Índice de Duração (ID) das Licenças por Categoria Profissional nas Unidades Básicas de Saúde do DF, no ano de 2019 a 2022. 53
- Gráfico 5** - Percentual (%) de Licenças por Tipos de Licença dos Profissionais nas UBS do DF, no ano de 2022. 55

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de saúde por Região de Saúde e população projetada no ano de 2023. 17
- Quadro 2** - Distribuição dos padrões no instrumento de autoavaliação das eSF e eSB por dimensões, subdimensões e número de padrões. 20
- Quadro 3** - Distribuição dos Padrões no Instrumento de Autoavaliação das eSF e de eSB, por dimensão 21
- Quadro 4** - Número e categorias dos problemas e das ações elencadas pelas equipes de saúde da família, em seus Planos de Ação para a Qualidade, do Programa Qualis-APS. 26
- Quadro 5** - Análise da Relação entre Regiões de Saúde do DF, os principais Problemas do PAQ e as Dimensões dos Padrões de Qualidade no Programa Qualis-APS. 45
- Quadro 6** - Percentual (%) das Principais Licenças Por Capítulo da Cid 10 nas Unidades Básicas De Saúde, no Ano 2022. 48
- Quadro 7** - Percentual (%) das Principais Licenças Por Capítulo da CID-10 nas Unidades Básicas de Saúde, 2022. 56

## SUMÁRIO

<b>DEDICATÓRIA</b> .....	<b>III</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>IV</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURA</b> .....	<b>VII</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>VIII</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	<b>IX</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	<b>X</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>4</b>
Saúde do Trabalhador: Conceito.....	4
Profissional da Saúde e sua Saúde no Brasil .....	7
Organização da saúde no Brasil .....	9
Organização da saúde no DF: Programa Qualis-APS.....	11
Saúde do profissional da Saúde no DF .....	13
<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>15</b>
Objetivos Específicos.....	15
<b>MÉTODO</b> .....	<b>16</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>27</b>
Artigo .....	28
Resultados e Discussão .....	43
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>64</b>

## INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, tornou-se evidente que o afastamento por motivos de saúde de trabalhadores no ambiente de trabalho é recorrente. Esse tipo de ausência não está relacionado ao desemprego, a doenças prolongadas ou a licenças estatutárias, as quais são definidas como ausências imprevistas amparadas pela legislação. O absenteísmo pode ser originado por diversas causas, incluindo doenças e acidentes de trabalho resultantes de condições laborais inseguras e inadequadas, assim como fatores estressores que contribuem para desequilíbrios psicológicos e físicos (Rodrigues; Araújo, 2016; Chiavenato, 2019).

Segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), absenteísmo pode ser caracterizado por faltas sem justificativa; atrasos e saídas antecipadas; suspensões disciplinares; atestados médicos parciais ou integrais por doenças comuns, ocupacionais ou acidentes de trabalho; atestados médicos parciais ou integrais para acompanhar os filhos, etc (Brasil, 1943).

O absenteísmo afeta trabalhadores de todas as áreas e em todo o Brasil, sendo esse um fator determinante para os problemas de saúde do país. Pesquisas realizadas *online*, através das produções científicas nacionais sobre o absenteísmo dos trabalhadores da saúde, mostram que esse problema é caracterizado pelo ambiente hostil que os profissionais se encontram, principalmente nas organizações públicas de saúde (Martinato *et al.*, 2010).

A saúde do trabalhador engloba uma ampla gama de aspectos que dizem respeito ao seu bem-estar físico, mental e social, e está diretamente ligada à qualidade de vida e à produtividade no trabalho. É essencial abordar e promover a saúde do trabalhador como um componente fundamental para o funcionamento adequado das organizações e para o bem-estar geral dos indivíduos envolvidos no mercado de trabalho (Hirschle; Gondim, 2020).

A institucionalização da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) não seguiu uma trajetória linear e progressiva. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, foram enfrentados desafios na busca por uma integração mais estruturada da área de Saúde do Trabalhador dentro do SUS, sendo que esses desafios frequentemente se tornaram obstáculos significativos para a plena consolidação desse campo (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018).

Tanto as legislações brasileiras quanto às negociações coletivas têm apresentado uma lacuna em relação ao tratamento das causas do adoecimento vinculadas à gestão e à organização do trabalho, bem como às relações estabelecidas nos locais de trabalho. Assim, essas medidas

têm se concentrado predominantemente em abordar ações reativas a serem adotadas após a ocorrência de doenças ou acidentes laborais (Cardoso; Morgado, 2019)

Os estudos que investigam as complexas relações entre trabalho e saúde têm o potencial de contribuir para aprimorar e desenvolver políticas públicas. Especificamente, pode fortalecer as ações voltadas à saúde do trabalhador, abrangendo desde a vigilância até a assistência em um sentido amplo, integrando-as aos serviços oferecidos pelo SUS. A incorporação dessa perspectiva nos serviços básicos de saúde permitiria uma análise mais precisa das doenças, considerando a atividade laboral como um possível fator determinante para o adoecimento dos trabalhadores (Cardoso; Morgado, 2019).

No estudo conduzido por Oliveira *et al.*, (2013), foi observado que as principais causas de afastamentos foram identificadas como episódios depressivos, transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo recorrente. O absenteísmo entre os profissionais de saúde, especialmente em organizações públicas, está em constante aumento e tem sido objeto de pesquisa e discussões sobre o tema. Essa tendência emergente é motivo de preocupação para a gestão em saúde, uma vez que indica uma falha no sistema, que impacta diretamente a qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições (Rodrigues; Araújo, 2016). Sobre a frequência da ausência do trabalho, Freitas *et al.* consideram “A ausência do trabalho em absenteísmo de ‘poucos dias’, se essa ausência não ultrapassou nove dias, e absenteísmo de ‘muitos dias’, caso o indivíduo tenha se ausentado por dez dias ou mais”.

Segundo Kivimäki *et al.* (2003), as evidências que estabelecem uma relação entre a ausência por motivo de doença e a mortalidade sugerem que os dados de ausência, coletados de forma regular, podem ser empregados como uma medida abrangente das disparidades de saúde entre os trabalhadores. Estes dados, utilizados de forma correta, apresentam uma capacidade de previsão de mortalidade igual ou superior aos indicadores de saúde estabelecidos.

O gerenciamento do absenteísmo é amplamente reconhecido como uma tarefa desafiadora. Acredita-se que a satisfação no trabalho possa desempenhar um papel crucial na redução dos níveis de absenteísmo. Investimentos na área de recursos humanos podem motivar os trabalhadores, elevar o ânimo e a satisfação pessoal, promovendo seu desenvolvimento e facilitando sua integração na instituição, o que, por sua vez, terá relação direta com os resultados de seu trabalho (Cristina *et al.*, 2008).

Ao observar a lacuna existente na literatura acadêmica a respeito do absenteísmo em unidades de saúde de nível primário, bem como a falta de ações governamentais e o preparo do Estado para lidar com este assunto, notou-se a importância de investigar a temática, com ênfase

na disseminação do conhecimento sobre como o absenteísmo dos profissionais de saúde pode afetar as ações de saúde dentro de unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), que se traduz em um nível de atenção à saúde correlato sobretudo às ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos.

No âmbito da qualificação da APS, verifica-se que essa abordagem não se restringe apenas ao contexto brasileiro, mas também se estende a outros países com sistemas de saúde orientados à população. É possível identificar a existência de diversas iniciativas que têm como objetivo analisar e aperfeiçoar esse nível de atenção, principalmente devido ao seu grau de importância em um sistema de saúde. No entanto, é relevante destacar que cada localidade pode adotar uma denominação particular para se referir a esse fenômeno, embora o propósito geral permaneça o qualificar e trazer maior efetividade aos serviços de APS.

No DF, desde 2019 tem sido desenvolvido o Programa de Qualificação da Atenção Primária (Qualis-APS), como uma iniciativa destinada a promover a qualificação da APS. Sua criação ocorreu por meio da Portaria SES-DF Nº 39, de 23 de janeiro de 2019. O objetivo principal do programa é aprimorar os serviços de saúde oferecidos na APS. Essa iniciativa resulta de uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) e a Universidade de Brasília (UnB).

O Qualis-APS adota uma abordagem inovadora, baseada na participação ativa dos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Suas ações são desenvolvidas de forma colaborativa, valorizando a experiência e o conhecimento desses diversos atores. As atividades do Programa estão organizadas em três eixos interligados: Elaboração e implementação de uma sistemática de avaliação; Oferta de cursos de aperfeiçoamento e especialização para os profissionais que atuam na APS; Divulgação científica de conhecimentos relacionados ao sistema de saúde do DF.

O estudo tem por foco, portanto, avaliar as principais ações de saúde afetadas pelo absenteísmo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DF, visando à propagação tanto do tema sobre o absenteísmo dos profissionais de saúde, quanto dos conceitos estabelecidos até as ações de saúde que são afetadas.

## REFERENCIAL TEÓRICO

No decorrer dos últimos anos, tem sido observado um fenômeno de intensificação do trabalho em escala global, afetando uma variedade de ocupações em diferentes países e setores da economia, tanto no âmbito público quanto privado. Esse fenômeno é agravado pelo avanço tecnológico e pela adoção de divisões de trabalho precárias, os quais são utilizados como instrumentos de controle e de posse dos trabalhadores, reduzindo sua habilidade e autonomia e transformando-os em complementos das máquinas e dos processos de produção (Braverman, 1974; Pina; Stotz, 2014).

No contexto do modo de produção capitalista, o trabalho é submetido a um processo de produção rígido, em que acidentes e doenças usualmente são resultados das relações sociais, nas quais o trabalhador é reduzido a uma mera extensão da máquina. Assim, ao invés de ser uma fonte de prazer e satisfação, o trabalho acaba gerando fadiga, doenças, acidentes e sofrimentos físicos e mentais, podendo resultar em mutilações, dependências e sequelas, trazendo consequências adversas e até permanentes para o trabalhador (Lara, 2011).

### **Saúde do Trabalhador: Conceito**

Desde o final dos anos sessenta, acontecem debates sobre a natureza da doença, com algumas perspectivas defendendo que ela está intrinsecamente ligada a fatores biológicos ou sociais. Torna-se imperativo superar a perspectiva convencional que adota uma interpretação exclusivamente biológica da doença, a fim de destacar que a enfermidade pode abranger dimensões históricas e sociais. Isso, por conseguinte, enriquece as abordagens das questões relacionadas à saúde em diversas perspectivas. Dessa maneira, ampliam-se os horizontes em relação às questões de saúde, possibilitando uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença (Laurell, 1976).

Ninguém tem dúvida de que o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas, assinada pelo Brasil, quando enumera a saúde como uma das condições necessárias à vida digna, está reconhecendo o direito humano fundamental à saúde. Também os profissionais ligados à área da saúde vêm exigindo do governo brasileiro a proteção, promoção e recuperação da saúde como garantia do direito essencial do povo. Todavia para que tal direito seja realmente garantido é necessário que se compreenda claramente o significado do termo "direito à saúde" (Dallari, 1988, p. 57).

Em vista disso, nota-se como garantia do direito à saúde está intrinsecamente relacionada com a saúde da população, pois representa o compromisso do Estado em assegurar



que todos os indivíduos tenham acesso a serviços de saúde adequados e de qualidade (Dallari, 1988).

Considera-se que a saúde de um indivíduo transcende a mera ausência de doença, abrangendo integralmente o contexto no qual ele está inserido, sobretudo no âmbito profissional, visto que o período da jornada de trabalho formal passa a integrar a estrutura temporal tanto individual como um todo, exercendo influência direta sobre a alocação do tempo destinado ao lazer e ao descanso (Faria; Ramos, 2014).

Essa consideração adquire ainda maior relevância no contexto do sistema capitalista, no qual a dimensão temporal do trabalho assume um papel proeminente, tanto do ponto de vista quantitativo, relacionado às horas trabalhadas por um indivíduo, quanto do ponto de vista qualitativo, referente à forma como o tempo é utilizado (Faria; Ramos, 2014).

Mediante a análise dessas reflexões, é possível contribuir para uma compreensão mais aprofundada do processo de saúde e adoecimento, estabelecendo conexões entre o impacto do ambiente de trabalho no contexto do capitalismo contemporâneo e a produção em larga escala. Esse contexto é marcado pela ampliação do controle e pela intensificação do trabalho, que foram facilitados pela disseminação do modelo taylorista-fordista. Essas transformações resultaram na emergência de novas modalidades de acidentes e doenças que passaram a integrar o cenário cotidiano do ambiente laboral (Antunes; Praun, 2015).

É importante destacar que as mudanças significativas ocorridas nas últimas décadas têm gerado indicadores crescentes de acidentes e doenças ocupacionais. No entanto, é relevante observar que, por razões de conveniência política e econômica, a subnotificação prevalece nesse contexto. Essa subnotificação se manifesta de maneira ainda mais acentuada no que diz respeito às doenças profissionais (Antunes; Praun, 2015).

No contexto da saúde do trabalhador, a literatura acadêmica revela a ocorrência de índices expressivos de suicídio e distúrbios psicológicos em algumas categorias profissionais, especialmente entre profissionais de saúde, professores e agentes de segurança. Essa realidade está claramente correlacionada com a elevada prevalência da Síndrome de Burnout, que se caracteriza pelo esgotamento profissional (Bastos *et al.*, 2018).

A Lei Orgânica da Saúde, que compreende a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, atribui ao SUS a responsabilidade de implementar as ações de Saúde do Trabalhador, englobando aspectos de assistência, vigilância, informação, pesquisas e conhecimento sindical. Ademais, a referida Lei estabelece que o Governo Federal, por meio do SUS, deve estabelecer diretrizes, critérios e padrões para a gerência das condições e ambientes laborais, abrangendo

estados e municípios, para elevar as políticas de Saúde do Trabalhador de forma hierarquizada e descentralizada, (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018).

Compreende-se que o desgaste do trabalhador transcende a mera manifestação de doenças, uma vez que pode ser interpretado como a redução das capacidades potenciais e/ou efetivas, tanto físicas quanto psicológicas, do indivíduo envolvido na atividade laboral. Esse processo de desgaste pode levar à necessidade de o trabalhador se afastar de suas responsabilidades profissionais com o objetivo de recuperar sua saúde física e/ou mental. Esse afastamento do trabalhador de suas atividades laborais é frequentemente considerado na literatura como "absenteísmo" (Simões; Rocha; Souza, 2012).

O absenteísmo, sendo reconhecido na CLT, mas obtendo, também, nomes diferentes, como horas de faltas ou absenteísmo voluntário, pode ser caracterizados como: faltas injustificadas ao serviço; atrasos, saídas antecipadas ou intermediárias (artigo 58 da CLT); suspensões disciplinares (artigo 482 da CLT); perdas de descansos semanais remunerados (Lei 605/49, regulamentada pelo Decreto 27.048/49); horas de atestado ou absenteísmo involuntário, assim determinado: atestados médicos parciais ou integrais do empregado (artigo 11 do Decreto 27.048/49), causados por doenças comuns (artigo 72 do Decreto 27.048/49), ocupacionais ou acidentes do trabalho (anexo IV do Decreto 3.048/99); atestados médicos parciais ou integrais para acompanhamento de filhos (Redação dada pela Lei nº 14.457, de 2022); entre outras causas previstas na Lei.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) (Brasil, 2004) reconhece o sofrimento mental como uma das principais causas de adoecimento no ambiente de trabalho. Ela enfatiza a importância da colaboração entre os Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde para promover a melhoria da qualidade de vida, realização pessoal e social dos trabalhadores, sem comprometer sua saúde e integridade física e mental (Silva, 2019; Brasil, 2004)

Sala *et al.* (2009, p. 2169) expressam que:

A questão do absenteísmo no trabalho pode ser categorizada quanto ao tipo de ausência: absenteísmo voluntário (por razões particulares), absenteísmo legal (faltas amparadas por lei, tal como licença-gestante), absenteísmo compulsório (impedimentos de ordem disciplinar) e absenteísmo por doença, em que se podem distinguir as patologias não relacionadas ao trabalho das doenças ocupacionais e das ausências motivadas por acidente de trabalho.

Em uma pesquisa realizada por Castro *et al.* (2018), relata-se sobre as implicações das condições precárias do trabalho na saúde do trabalhador, revelando alguns fatores que, segundo

os trabalhadores, têm desenvolvido sofrimento e adoecimento na força de trabalho em saúde, como por exemplo, ambientes insalubres devido à má circulação do ar: exposição a riscos físicos, químicos e mecânicos que provocam acidentes; intensas jornadas de trabalho; insuficiência de pessoal causando sobrecarga de trabalho: múltiplos vínculos, devido aos baixos salários e outros (Castro; Pontes, 2021).

No estudo conduzido por Bastos *et al.* (2018), foi documentado que os transtornos mentais assumiram o posto de principal causa de afastamento no ambiente de trabalho ao longo do ano de 2016. Isso ocorreu especificamente entre os servidores públicos de uma instituição de ensino situada no estado do Ceará. Durante o período de investigação, foram registrados 119 casos de afastamento devido a transtornos mentais, o que representou 3% do total de servidores vinculados à referida instituição. Esses afastamentos resultaram em uma perda acumulada de 5.081 dias de trabalho ao longo do período de análise. Detalhando ainda mais, observou-se que 59 servidores foram afastados devido a transtornos do humor, enquanto outros 26 foram afastados devido a transtornos relacionados ao estresse. A média de dias de afastamento para esses grupos foi de 60,78 dias e 32,92 dias, respectivamente. Além disso, cinco servidores permaneceram afastados em decorrência do uso problemático de substâncias psicoativas, totalizando 399 dias de afastamento, com uma média de quase 80 dias (79,8) por servidor (Bastos, 2018).

É notório como o ambiente laboral tem um potencial de tornar-se adoecedor. Silva (2018), em seu estudo, levanta que, no Brasil, os transtornos mentais e do comportamento são a terceira maior causa de afastamento do trabalho. Sob essa perspectiva, o estresse ocupacional aparece como uma condição adoecedora socialmente produzida. A lógica selvagem e perversa de produção no sistema capitalista exige o máximo do trabalhador, colocando-o em condições de constante insegurança, competição, controle e exploração. Essa configuração produz um ambiente de trabalho estressante. O trabalhador, a cada dia, se reinventa na tentativa de suportar o insuportável (Silva, 2018).

### **Profissional da Saúde e sua Saúde no Brasil**

Com base em dados respaldados pelo Relatório Mundial da Saúde, foi possível identificar um aumento significativo do estresse e da sensação de insegurança em escala global entre os profissionais da saúde. Esse fenômeno se torna ainda mais notório quando se trata de serviços públicos de saúde, onde se observa que as discrepâncias na composição das equipes de saúde e na sua distribuição exacerbam ainda mais os desafios enfrentados no âmbito da saúde pública contemporânea (Dalpoz, 2013; WHO, 2006).

Antes do advento da pandemia de Covid-19, já se observava uma frequente ocorrência de afastamento de profissionais da área da saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2019, aproximadamente 10% das ausências e licenças médicas estavam diretamente relacionados ao estresse experimentado no ambiente de trabalho. No âmbito da saúde, e antes da eclosão da pandemia, a prevalência de estresse, resultante de fatores de estresse interpessoais de natureza crônica associados ao contexto laboral, estava estimada em cerca de 78,4% entre esses profissionais no Brasil (Silveira *et al.*, 2018; OMS, 2019).

O estudo conduzido por Santana *et al.* (2016) realizou uma análise com os trabalhadores do setor de saúde de um hospital de ensino localizado na Região Sul do Brasil. Durante o período da pesquisa, foram identificados 55 casos de afastamento laboral atribuídos a Transtornos Mentais e Comportamentais, resultando em um total de 317 dias de ausência no trabalho. Os técnicos de enfermagem foram a categoria mais impactada, respondendo por 29,09% dos casos identificados. Além disso, as Unidades de Terapia Intensiva apresentaram o maior volume de dias de afastamento, correspondendo a 81% do total. Quanto aos diagnósticos específicos, os episódios depressivos se destacaram como o transtorno mental mais prevalente, englobando 52,72% dos casos registrados (Santana *et al.*, 2016).

Com fundamentação na pesquisa realizada por Lima, Farah, Teixeira (2017), que conduziram entrevistas com 153 profissionais de saúde que atuam na APS em Juiz de Fora, foi constatada uma prevalência de estresse crônico decorrente da exposição contínua a fatores estressores no trabalho, afetando 51% dos profissionais pesquisados. Esse achado sugere que os profissionais que desempenham suas funções na APS, devido à complexidade inerente à sua atividade, à responsabilidade pela coordenação e comunicação entre os diferentes níveis de assistência do SUS, à proximidade com os usuários e à responsabilidade pelo cuidado contínuo, enfrentam uma pressão maior, que impacta negativamente em sua própria saúde enquanto cuidadores da saúde (Lima; Farah; Bustamante-Teixeira, 2017).

Em um estudo conduzido com uma amostra de 977 profissionais que atuam na APS, foi constatado que, em 2019, 633 indivíduos (64,79%) recorreram a atestados médicos como justificativa para suas ausências no trabalho. No ano subsequente, em 2020, esse número aumentou para 837 profissionais (85,67%). Ademais, observou-se uma duração média dos afastamentos de 7,33 dias em 2019 e de 9,88 dias em 2020. Curiosamente, os auxiliares de enfermagem foram os profissionais que registraram o maior índice de afastamento em ambos os anos. Existem diversas hipóteses para explicar por que essa categoria específica enfrenta essa situação (Garbin *et al.*, 2022).

Outro estudo abrangendo a análise de seis amostras compostas por diferentes quantidades de profissionais da saúde (455, 1509, 188, 1050, 977 e 1410) revelou uma incidência mais significativa entre profissionais que ocupam cargos de nível técnico-administrativo (43,05%), técnicos de enfermagem (30,1%), enfermeiros (48,5%) e auxiliares de enfermagem (55,81%) (Freitas *et al.*, 2021).

Através dos resultados do estudo realizado com trabalhadores de saúde de um hospital público situado na Região Sul do Brasil, foi observada uma incidência significativa de licenças médicas associadas ao adoecimento entre os trabalhadores de saúde da instituição examinada. Notavelmente, as taxas e razões de taxas de absenteísmo foram particularmente altas na categoria de enfermagem e entre os trabalhadores contratados sob regime celetista, mostrando a importância da monitorização do indicador de absenteísmo dos trabalhadores da área de saúde em pesquisas subsequentes. Assim, tais estudos forneceram informações cruciais para a tomada de decisões relativas à gestão desses profissionais, com vistas à implementação de medidas preventivas destinadas a melhorar as condições de trabalho e, por conseguinte, a reduzir as taxas de afastamento relacionadas a doenças ocupacionais (Brey *et al.*, 2017).

Além do mais, é evidente como as instituições de saúde frequentemente concentram sua prioridade no atendimento ao paciente, podendo negligenciar a saúde dos profissionais que desempenham o trabalho. Torna-se essencial implementar políticas e medidas de saúde voltadas para os trabalhadores, com o objetivo de garantir a promoção da saúde e a prevenção de doenças ocupacionais. Isso não apenas assegura a qualidade do atendimento prestado ao paciente, mas também reforça a garantia do direito à saúde do trabalhador (Leão *et al.*, 2015b).

## **Organização da saúde no Brasil**

A estruturação do sistema de saúde no Brasil está fundamentada no SUS, fortemente ancorada na Constituição Federal de 1988, na Lei 8.080 e na Lei 8.142, proporcionando um arcabouço sólido para a operacionalização e a governança do sistema de saúde. A partir desse marco, o Brasil passou a contar com um sistema de saúde público cujo propósito é fornecer assistência médica e garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde para todos os cidadãos, independentemente de sua situação financeira. As estimativas indicam que o SUS presta atendimento diário a cerca de 200 milhões de indivíduos em diversos níveis de cuidados com a saúde. Essa cifra representa aproximadamente 80% da população brasileira, englobando uma ampla gama de serviços de saúde (Sales *et al.*, 2019; Duarte; Eble; Garcia, 2018; Matta *et al.*, 2007; Brasília, 1990; Brasília, 2016).

Os níveis de atenção à saúde são estruturados com base nas diferentes densidades tecnológicas presentes em cada um deles. Essa estruturação é essencial para a gestão eficiente dos recursos, garantindo que a assistência atenda adequadamente às diversas demandas de saúde da população. A hierarquização dos níveis de atenção à saúde é um dos princípios fundamentais das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa organização em níveis desempenha um papel crucial na otimização do uso de recursos e na definição das responsabilidades de gerenciamento das entidades que compõem a RAS. A APS, por exemplo, engloba serviços com menor complexidade tecnológica, enquanto a atenção secundária abarca tecnologias intermediárias e a atenção terciária abrange serviços com maior complexidade tecnológica. (SES-DF, 2019)

Segundo a Declaração de Alma Ata sobre APS, os cuidados primários de saúde desempenham um papel fundamental na conquista das metas de saúde que visam promover a equidade e a justiça social. Esses cuidados têm como suporte as tecnologias acessíveis, como a oferta de serviços de saúde em proximidade com as comunidades, frequentemente denominados "serviços de saúde de primeiro nível". Esses serviços desempenham a função de ponto de ingresso no sistema de saúde e marcam o início de um processo contínuo de provisão de cuidados de saúde (OPAS, 2008).

Logo, a APS é a principal porta de entrada do sistema de saúde, oferecendo uma ampla gama de serviços para indivíduos e comunidades. Ela organiza equipes multiprofissionais para abordar de forma abrangente as questões de saúde e garante o acesso dos usuários a outras unidades do sistema, assumindo a responsabilidade contínua pelo cuidado, mesmo em diferentes locais de atendimento (Lavras, 2011).

No contexto brasileiro, o modelo de APS é caracterizado pela Estratégia Saúde da Família, com a formação de equipes de Saúde da Família (eSF) constituídas por um médico, um enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), com a exigência de que cada profissional dedique, no mínimo, 40 horas semanais ao trabalho. Além disso, essas equipes devem colaborar com equipes multiprofissionais (e-Multi), que incluem especialistas em saúde de diversas áreas de formação (Corrêa *et al.*, 2019).

É evidente que os profissionais de saúde desempenham um papel crucial na APS, contribuindo significativamente para o cuidado da população. No entanto, é importante destacar que esses profissionais também necessitam de cuidados, pois, de acordo com uma revisão integrativa da literatura realizada por Garcia e Marziale (2018), a maioria dos profissionais de

saúde que atuam na APS apresenta sinais de exaustão, apesar de relatarem satisfação com o ambiente de trabalho.

Em 2015, o Governo Brasileiro, através da Portaria Nº 1.645/2015 dispôs sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esse Programa, estipulou, como uma das diretrizes fundamentais, a promoção da orientação dos serviços de acordo com as necessidades e a satisfação dos usuários (Protasio *et al.*, 2015). Segundo esta portaria, o PMAQ-AB teve como objetivo central incentivar a expansão do acesso e o aprimoramento da qualidade da atenção básica, estabelecendo um padrão de qualidade comparável em âmbito nacional, regional e local. Essa abordagem visou promover maior transparência e efetividade nas ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

A aprovação do PMAQ-AB ocorreu em meio ao crescente compromisso do Governo Federal com o desenvolvimento de ações voltadas para aprimorar o acesso e a qualidade do SUS. Seu objetivo principal foi avaliar os resultados das políticas de saúde da época, abrangendo diversos aspectos e com ênfase na Atenção Básica (AB). Representou um modelo de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde nas esferas federal, estadual e municipal, concebido para mensurar o potencial de impacto das políticas de saúde, subsidiar a tomada de decisões, garantir a transparência no processo de gestão do SUS e evidenciar os resultados alcançados (Brasil, 2015).

No entanto, uma limitação identificada foi que o PMAQ-AB não teve o poder de determinar a forma como os recursos repassados seriam utilizados pela administração municipal, sendo esta responsável por investir de acordo com as necessidades locais. A partir do anúncio em 2019, o encerramento do PMAQ-AB foi estabelecido após a conclusão do terceiro ciclo de avaliação. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, implementou um novo modelo de financiamento da AB, denominado Programa Previne Brasil, que entrou em vigor a partir de 2020. Esse novo modelo propõe ser um padrão de financiamento para o repasse de recursos, utilizando critérios como captação ponderada e pagamento por desempenho, entre outros (Rodrigues *et al.*, 2021).

### **Organização da saúde no DF: Programa Qualis-APS**

O Distrito Federal é uma Unidade da Federação peculiar, com Brasília como sede governamental e Capital Federal do país. Seu território é subdividido em 35 Regiões Administrativas (RA), cada uma gerenciada por um administrador regional. O DF detém competências legislativas equiparadas às dos Estados e dos Municípios, o que o caracteriza como uma Unidade Federativa indivisível e indissociável. Essa singularidade do DF gera

desafios análogos aos encontrados em outras regiões do Brasil, sobretudo no tocante à elaboração de políticas públicas de saúde, que necessitam contemplar não apenas a população residente, mas também a pressão demográfica exercida pela população circundante em áreas como saúde, educação, segurança e moradia (Poças, 2018).

Além disso, o território está subdividido em sete Regiões de Saúde (RS), cada uma delas com uma estrutura de gestão específica que possui certa autonomia, notadamente fortalecida pelo processo de regionalização iniciado em 2015. É relevante salientar que, apesar desse contexto, não existe uma autonomia financeira plena das RS. A gestão dos serviços de saúde no DF também difere de outros estados, uma vez que a Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF) é quem desempenha funções que seriam atribuídas aos governos estaduais e municipais. A SES/DF tem sob sua responsabilidade não apenas a execução direta de ações e serviços de saúde, mas também a aquisição de insumos, a regulação, o controle e a avaliação do sistema de saúde (Distrito Federal, 2015).

O sistema de saúde no DF se caracteriza pela preponderância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES/DF, abrangendo unidades ambulatoriais, hospitais e serviços de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico. Além disso, o sistema oferece uma ampla gama de ações e serviços, abrangendo tanto a atenção primária como serviços especializados de média e alta complexidade.

Em 2017, a APS no DF passou por uma reestruturação com a implementação do Projeto de Conversão da Atenção Primária para a Estratégia Saúde da Família (Converte). Esse processo de implantação foi oficializado por meio da publicação da Portaria SES-DF nº 77, datada de 14 de fevereiro de 2017, que estabeleceu a Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Além disso, a Portaria SES-DF nº 78, também de 14 de fevereiro de 2017, regulamentou o artigo 51 da Portaria 77, delineando diretrizes e prazos para a conversão da Atenção Primária à Saúde para o modelo da Estratégia de Saúde da Família (SES-DF, 2019), culminando na promulgação da Lei Distrital 6.133/2018, que estabeleceu a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde único, em nível de APS, no DF.

Como mencionado anteriormente, a avaliação da qualificação da APS é conduzida pelo Programa Qualis-APS, cujo propósito é desenvolver e implantar estratégias e ferramentas inovadoras para a melhoria da força de trabalho, dos processos de gestão e do cuidado em saúde no DF.

O Programa, no âmbito de sua vertente de avaliação, é estruturado em ciclos sequenciais, cujas etapas se repetem a cada nova iteração, com o propósito de fomentar uma



contínua e progressiva melhoria da qualidade. Todas as UBS do DF participam ativamente do programa e estão envolvidas em todas as fases de cada ciclo. As fases que compõem cada ciclo se apresentam da seguinte maneira: I - Plano de Ação para a Qualidade (PAQ): nessa fase, elabora-se um plano de ação voltado para a melhoria da qualidade, que é construído com base na autoavaliação e na avaliação mais recente, com o intuito de alinhar os processos de trabalho de modo a atender aos padrões estabelecidos pelo QualisAPS; II - Avaliação: esta etapa envolve a realização de visitas e a coleta de dados em todas as UBSs e suas equipes, visando à análise dos dados e à verificação do cumprimento dos PAQ; III - Certificação: a fase de certificação representa o reconhecimento da qualidade dos serviços prestados, sendo realizada por meio da análise dos resultados coletados, demonstrando o grau de excelência alcançado (Qualis-APS, 2022).

Para alcançar o padrão de excelência, todas as equipes contam com o suporte técnico da gestão da APS em diferentes níveis hierárquicos da SES-DF. Em consonância com os princípios de transparência na administração pública, os resultados do Programa Qualis-APS são divulgados, após cada ciclo de avaliação, por meio dos instrumentos oficiais de planejamento e monitoramento da Secretaria de Saúde do DF (Qualis-APS, 2022).

### **Saúde do profissional da Saúde no DF**

O aumento do número de profissionais ausentes em seus postos de trabalho no DF, devido a licenças médicas, tem se destacado. No estudo conduzido por Lemos *et al.* (2018), é feita uma descrição do perfil e dos indicadores de absenteísmo por motivos de saúde entre os servidores de 18 unidades de saúde pública pertencentes a uma Regional de Saúde do DF. Os resultados desse estudo, que abrangeu 2.501 profissionais, indicaram que 39% deles tiveram pelo menos uma licença médica. Além disso, constatou-se que os transtornos mentais e comportamentais, juntamente com as doenças osteomusculares, foram as principais causas de afastamento (Lemos, *et al.*, 2018).

De acordo com Santana *et al.* (2021), uma análise do absenteísmo na equipe de enfermagem de um Pronto Socorro de um Hospital Público Escola do DF revelou que o licenciamento médico e os atestados médicos foram os principais fatores relacionados ao absenteísmo, correspondendo a 58% das ocorrências. Além disso, o estudo identificou fatores internos, principalmente ligados à instituição, que contribuíram para o absenteísmo, como a falta de materiais para a assistência, escassez de membros da equipe, sentimentos de constante cansaço e sobrecarga, bem como o trabalho com uma equipe reduzida.

Esses achados destacam a importância para os gestores de saúde em compreender os principais elementos que impactam na saúde de suas equipes e, conseqüentemente, na organização dos serviços prestados. Essa compreensão pode auxiliar na elaboração de um diagnóstico situacional mais preciso e na implementação de intervenções direcionadas aos fatores determinantes do absenteísmo (Santana, *et al.*, 2021).

A promoção de estudos que abordam a relação entre saúde, doença e trabalho deve ser incentivada em todos os ambientes laborais, com particular destaque para os serviços de saúde. Essas pesquisas desempenham um papel crucial na identificação das causas subjacentes do absenteísmo relacionado a problemas de saúde, bem como na proposição de soluções para reduzir esse absenteísmo. Esses dados desempenham um papel significativo no fortalecimento das instituições que se dedicam aos Serviços de Atenção à Saúde do Trabalhador (Pinto, 2018; Martins, 2016). Fundamental que o absenteísmo seja valorizado tanto pelos gestores quanto pelo coletivo de trabalhadores, incentivando a colaboração entre ambas as partes na busca por melhores práticas e condições de trabalho, com o objetivo de mitigar esse fenômeno e promover um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo (Araujo, 2014; Santana, 2015).

Portanto, sabendo que a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1991) define saúde como: “O termo “saúde”, com relação ao trabalho, abrange não só a ausência de afecções ou de doenças, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene no trabalho.”. Considera todos os tipos de absenteísmo e unificando em uma única nomenclatura, tratando-se como o absenteísmo-doença, enquanto falta ao trabalho justificada por licença médica (Leão *et al.*, 2015).

Diante da ausência de estudos publicados sobre o absenteísmo relacionado à doença entre servidores públicos do DF nas bases de dados de periódicos, o objetivo desta pesquisa é identificar as principais ações de saúde afetadas pelo absenteísmo de trabalhadores das UBS do DF. Essa identificação será realizada com base nos relatos das equipes de saúde e gestores em seus planos de ação desenvolvidos no âmbito do Programa Qualis-APS durante o ano de 2022.

## **OBJETIVO GERAL**

Avaliar as principais ações de saúde afetadas pelo absenteísmo de trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, segundo relato das equipes de saúde em seus planos de ação, desenvolvidos no âmbito do Programa Qualis-APS no ano de 2022.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar os problemas atrelados ao absenteísmo relatados pelas equipes de saúde em seus planos de ação;
2. Detalhar os problemas relacionados ao absenteísmo frente aos padrões de qualidade por região de saúde do Distrito Federal;
3. Descrever as principais ações elencadas pelas equipes de saúde para solucionarem os problemas relatados em seus planos de ação;
4. Explicitar as principais causas do absenteísmo dos trabalhadores de saúde do Distrito Federal no ano de 2022.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, a partir de dados secundários, oriundos do Programa Qualis-APS realizado no DF, desde 2019. Foram utilizados dados do planejamento das equipes de saúde local, além de dados consolidados sobre o absenteísmo dos profissionais da APS do DF.

O DF possui estrutura da saúde atípica, quando comparado a outras Unidades da Federação, uma vez que assume papel de estado e de município. Para tanto, organiza-se em sete Regiões de Saúde, cada qual com seus estabelecimentos, que compõem a Rede de Atenção à Saúde (Distrito Federal, 2016).

A APS do DF é constituída por 175 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas nas 35 Regiões Administrativas (Infosaúde DF, 2023). Essas UBS constam com eSF compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e por equipes de Saúde Bucal (eSB), composta por odontólogo e técnico em saúde bucal, que oferecem o cuidado em nível primário àquela população adscrita (Brasil, 2011). Esses profissionais podem ainda atuar conjuntamente com o apoio da Equipe Multiprofissional (e-Multi). Essas equipes são responsáveis por fornecer serviços médicos, consultas de enfermagem, distribuição de medicamentos, vacinação, prevenção, promoção da saúde e acompanhamento de doenças crônicas (Brasil, 2023). Atualmente, no DF, existem cerca de 625 equipes de Saúde da Família, 361 equipes de Saúde Bucal (Infosaúde DF, 2023).

**Quadro 1** – Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de saúde por Região de Saúde e população projetada no ano de 2023.

Região de Saúde	N.º de UBS	N.º de equipes de saúde	Projeção da população
Região Central	09	72	408.559
Região Centro-Sul	20	113	370.750
Região Leste	30	116	347.374
Região Norte	37	160	374.708
Região Oeste	27	156	518.096
Região Sudoeste	32	265	869.619
Região Sul	20	104	278.396
Distrito Federal	175	986	3.167.502

Fonte: Infosaúde DF, 2023.

No Programa Qualis-APS, foi implantado um modelo sistemático de avaliação da APS com o objetivo de alcançar diversas metas, como a instituição de uma cultura de avaliação entre os profissionais, com garantia da transparência do processo de diagnóstico e avaliação, e promoção contínua do acompanhamento das ações e resultados do Programa.

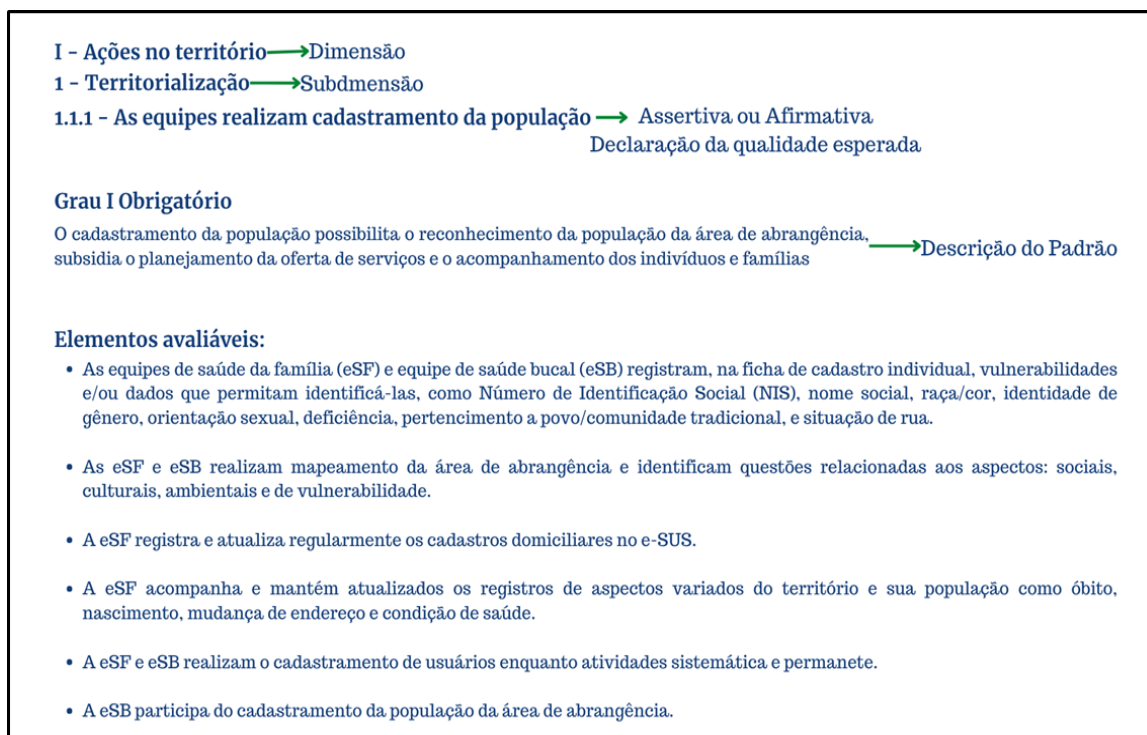
No ano de 2022 cada eSF/eSB realizou um processo de autoavaliação que culminou em seu PAQ, contendo os principais problemas que dificultavam o alcance devido de um padrão de qualidade, com ações para superá-los e respectivos recursos necessários, prazo para aplicação e responsável (**Figura 1**).

IDENTIFICAÇÃO:								
NOME DA UBS:								
EQUIPE:								
REGIÃO ADMINISTRATIVA:								
Padrão de qualidade selecionado:								
Dimensão:				Subdimensão:				
Correlato a:								
<input type="checkbox"/> Indicador AGL ( _____ ) <input type="checkbox"/> Vulnerabilidade <input type="checkbox"/> Plano Regional Integrado (PRI)								
Problemas/ Fragilidade(s) encontrada(s)	Descrição da ação para resolução	Atividades necessárias para o desenvolvimento da ação	Pessoa responsável pela condução da ação	Prazos para aplicação da ação	Recursos necessários		Ação se relacionada ao plano de ação da planificação	Status
					<input type="checkbox"/> O provimento do recurso foge da governabilidade dessa equipe	<input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não		
				____/____/____	<input type="checkbox"/> O provimento do recurso foge da governabilidade dessa equipe		<input type="checkbox"/> Ação não iniciada  <input type="checkbox"/> Ação iniciada  <input type="checkbox"/> Ação realizada	
					<input type="checkbox"/> O provimento do recurso foge da governabilidade dessa equipe			

**Figura 1** - Matriz do Plano de Ação para a Qualidade do caderno para Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal.

Fonte: Qualis-APS, 2021. Adaptado.

Os padrões de qualidade (**Figura 2**) foram organizados em dimensões e subdimensões, acompanhados de suas descrições conceituais e elementos avaliáveis, a fim de guiar a análise do cumprimento desses padrões. Esses elementos constituem os instrumentos contidos no Caderno das eSF e eSB (Qualis-APS, 2021).



**Figura 2** - Exemplo do Padrão de Qualidade.

Fonte: Qualis-APS, 2021. Adaptado.

Através do PAQ, é possível superar os desafios diários nos serviços e identificar dificuldades que exigem intervenção de níveis superiores de gestão. Além disso, o PAQ contribui para melhorias no trabalho diário e na qualidade dos serviços prestados aos usuários, levando em consideração as características únicas de cada território ao selecionar as ações a serem implementadas.

Um padrão de qualidade deve ser amplo, adaptável e acessível, considerando os requisitos do momento, a aceitação dos usuários e a aplicabilidade na realidade local. Os padrões devem fornecer uma visão integral do sistema, abrangendo aspectos de gestão, organização e prestação de serviços. Além disso, devem ter a capacidade de evidenciar o

processo de aprimoramento e evolução da qualidade, incluindo avanços e retrocessos nos estágios de qualidade alcançados (Qualis-APS, 2022).

O sistema de autoavaliação das equipes eSF e eSB deve ser preenchido, preferencialmente, pela equipe completa. As equipes devem marcar, numa escala de 1 a 5, quanto cumprem de cada padrão. O Caderno das eSF e da eSB foram estruturados com 45 padrões de qualidade, divididos em quatro dimensões e dez subdimensões. As equipes devem eleger 4 padrões de qualidade de grau 1, obrigatoriamente, e 2 padrões de qualidade de livre escolha para incluir em seu planejamento de ações, por meio do seu respectivo PAQ (**Quadro 2**) (Qualis-APS, 2021).

**Quadro 2** - Distribuição dos padrões no instrumento de autoavaliação das eSF e eSB por dimensões, subdimensões e número de padrões.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	NÚMERO DE PADRÕES
AÇÕES NO TERRITÓRIO	Territorialização	3
	Cuidado no território	6
ATENÇÃO AO USUÁRIO	Atenção integral	16
	Educação e Comunicação em Saúde	3
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	Acesso	5
	Coordenação do Trabalho	5
	Educação Permanente	1
	Integração da rede	1
PLANEJAMENTO	Programação	3
	Monitoramento e avaliação	2

Fonte: Qualis-APS, 2021. Adaptado.



**Quadro 3 - Distribuição dos Padrões no Instrumento de Autoavaliação das eSF e de eSB, por dimensão**

DIMENSÃO	PADRÕES (45)
<b>AÇÕES NO TERRITÓRIO</b>	<b>I.1.1.</b> As equipes realizam cadastramento da população
	<b>I.1.2.</b> As equipes fazem diagnóstico situacional de sua área de abrangência com foco no território
	<b>I.1.3.</b> As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita
	<b>I.2.1.</b> As equipes realizam atenção domiciliar
	<b>I.2.2.</b> As equipes realizam visita domiciliar
	<b>I.2.3.</b> As equipes realizam busca ativa da população adscrita
	<b>I.2.4.</b> O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desenvolve seu processo de trabalho no território
	<b>I.2.5.</b> As equipes desenvolvem ações de vigilância em saúde no território
<b>ATENÇÃO AO USUÁRIO</b>	<b>II.1.1.</b> As equipes oferecem atendimento a todos os usuários de seu território
	<b>II.1.2.</b> As equipes realizam atendimento igualitário para todos os usuários, sem preconceito e discriminação
	<b>II.1.3.</b> As equipes reconhecem as especificidades culturais e os saberes e práticas populares da comunidade do seu território
	<b>II.1.4.</b> As equipes garantem acesso à população não adscrita mediante situações específicas definidas em normativas
	<b>II.1.5.</b> As equipes oferecem Práticas Integrativas em Saúde (PIS) na APS
	<b>II.1.6.</b> A eSF garante cobertura de vacinação no seu território, conforme metas pactuadas
	<b>II.1.7.</b> A eSF realiza o acompanhamento de pessoas hipertensas no seu território
	<b>II.1.8.</b> A eSF realiza o acompanhamento de pessoas com diabetes no seu território

	<b>II.1.9.</b> A eSF realiza o acompanhamento das gestantes no seu território, com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas
	<b>II.1.10.</b> A eSF realiza ações de rastreamento e controle do câncer de colo de útero das mulheres e dos homens trans do seu território
	<b>II.1.11.</b> A eSF realiza ações de rastreamento e controle do câncer de mama das mulheres no seu território
	<b>II.1.12.</b> A eSF realiza o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF)
	<b>II.1.13.</b> As equipes desenvolvem ações de cuidado em saúde mental
	<b>II.1.14.</b> As equipes desenvolvem ações de cuidado às pessoas em situação de violência
	<b>II.1.15.</b> As equipes desenvolvem ações de cuidado em saúde do trabalhador
	<b>II.1.16.</b> As equipes realizam ações destinadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos
	<b>II.2.1.</b> As equipes prestam esclarecimentos aos usuários sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da UBS
	<b>II.2.2.</b> As equipes oferecem ações de Educação, Informação e Comunicação (EIC) em saúde visando à responsabilização dos usuários para o autocuidado em saúde
	<b>II.2.3.</b> As equipes desenvolvem ações de Educação Popular
	<b>III.1.1.</b> As equipes realizam acolhimento a cada contato com o usuário
	<b>III.1.2.</b> As equipes disponibilizam acesso a serviços em tempo oportuno a cada contato com o usuário
	<b>III.1.3.</b> As equipes oferecem assistência ao usuário que busca a UBS como demanda espontânea
	<b>III.1.4.</b> As equipes estabelecem a organização do trabalho centrado nas necessidades das pessoas
	<b>III.1.5.</b> As equipes adotam estratégias de agendamento para facilitar o acesso dos usuários
	<b>III.2.1.</b> As equipes registram as informações das ações realizadas na APS
	<b>III.2.2.</b> As equipes trabalham de forma integrada no desenvolvimento das ações de saúde
	<b>III.2.3.</b> A eSB desenvolve ações de cuidado em saúde bucal
	<b>III.2.4.</b> As equipes realizam ações integradas ao NASF-AB

<b>ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO</b>	<b>III.2.5.</b> As equipes acompanham os encaminhamentos dos usuários para outros níveis de atenção
	<b>III.3.1.</b> As equipes desenvolvem ações de Educação Permanente em Saúde (EPS)
	<b>III.4.1.</b> As equipes se articulam intersetorialmente para a realização das atividades na APS
<b>PLANEJAMENTO</b>	<b>IV.1.1.</b> As equipes programam a oferta de serviços com base nas características da população adscrita
	<b>IV.1.2.</b> As equipes fomentam a participação popular na 3 programação das ações
	<b>IV.1.3.</b> A eSF programa ações de vigilância em saúde no território
	<b>IV.2.1.</b> As equipes realizam monitoramento das ações de saúde II
	<b>IV.2.2.</b> As equipes monitoram e avaliam os indicadores definidos nos Acordos de Gestão Local (AGL)

Fonte: Qualis-APS, 2021. Adaptado.

Dessa forma, os problemas e ações registrados no PAQ refletem as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no campo e quais as estratégias, em sua governabilidade, essas equipes adotarão para superar esses desafios.

Esta pesquisa usou a abordagem qualitativa-quantitativa, tratando-se de um estudo descritivo que utilizou dados dos planos de ação das equipes de saúde durante o ciclo do Plano de Ação para a Qualidade, durante o ano de 2022. Analisou-se ainda os dados consolidados, de atendimentos de saúde dos trabalhadores, sobre o absenteísmo dos servidores da APS nas RS do DF nos anos de 2019 a 2022.

Os dados sobre absenteísmo foram obtidos por meio da Lei Federal nº 12.527/11, conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), onde regulamenta o direito de acesso às informações públicas, conforme manda a Constituição Federal de 1988.

Segundo a Gerência de Produção e Informação em Saúde (2023), foram considerados os afastamentos dos servidores classificados como "Normal", "Afastados", "Incluído no Mês" e "Posse". Os servidores com status de "Cedidos" e "Requisitados" foram excluídos a fim de evitar duplicação de informações. Além do mais, realizou-se a análise do percentual de afastamentos com base na codificação por capítulo da Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

O banco de dados composto pelas respostas das equipes em relação ao PAQ foi adquirido por meio do Programa Qualis-APS. Ocorreu uma análise descritiva dos dados, através

da construção de um banco de dados contendo as respostas dos formulários, bem como os problemas e ações identificados por cada equipe de saúde, referentes aos indicadores selecionados para o estudo, sendo utilizadas planilhas eletrônicas no software da Microsoft® Excel.

A coleta de dados para essa avaliação ocorreu nas 175 UBS de todas as Regiões de Saúde do Distrito Federal. Esses dados foram associados aos indicadores do Acordo de Gestão Local (AGL) da SES/DF, que é uma ferramenta de contratualização entre as Superintendências das Regiões de Saúde do DF e as UBS de seus respectivos territórios. Os indicadores do AGL serviram como base para a formulação dos eixos do instrumento de avaliação, levando em consideração critérios como clareza, simplicidade, objetividade, técnica e adequação contextual.

Posteriormente, realizou-se uma análise de conteúdo e classificação dos problemas, utilizando o software Microsoft Excel® para essa finalidade. Neste projeto, foram considerados apenas aqueles problemas relacionados a relatos sobre o absenteísmo do profissional da saúde, afastamento, atestado de saúde e/ou licença médica.

Após a seleção dos problemas, cada resposta foi associada ao código padrão do PAQ correspondente. Esses códigos foram então vinculados às ações de saúde relatadas por cada equipe, estabelecendo conexões com as ações escaladas por cada uma delas.

A fim de aprimorar a clareza na interpretação dos resultados e facilitar a compreensão, as respostas foram agrupadas em categorias centrais que resumem as descrições fornecidas. Para os problemas relatados pelas equipes, cinco categorias foram empregadas, nomeadamente:

- I. Absenteísmo não especificado: nesta categoria, agrupou-se as respostas dadas pelas equipes, em que a única informação foi que havia absenteísmo e afastamento de servidores, mas não retém nenhuma informação se é devido a licença médica ou licença maternidade ou outras razões;
- II. Absenteísmo de médica ou enfermeira por gravidez ou licença maternidade: foram agrupadas as respostas que resultam no afastamento do (a) médico (a) ou do (a) enfermeiro (a) da equipe devido a licença maternidade ou gravidez;
- III. Absenteísmo de múltiplos profissionais: em algumas respostas relacionadas ao problema havia dois ou mais casos de absenteísmo, sendo eles por absenteísmo não especificado e o absenteísmo de médica ou enfermeira por gravidez ou licença maternidade, sendo necessário criar uma nova categoria para englobar quando uma resposta contemplasse esses múltiplos casos;

- IV. Absenteísmo relacionado à pandemia da Covid-19: como as equipes das UBS precisaram atuar na linha de frente em relação à pandemia de Covid-19, aqui foram agrupadas todas as respostas que estavam relacionadas à pandemia.
- V. Absenteísmo por atestado médico: essa categoria está relacionada às respostas que comentavam sobre o afastamento de algum profissional devido a licença ou atestado médico, podendo conter ou não a razão da licença.

Quanto às ações decididas pelas equipes, foi necessário realizar uma análise detalhada para compreender o tipo de ação adotada para enfrentar os problemas relatados. Além disso, observou-se como a equipe organiza suas dificuldades. Após essa análise, foram empregadas cinco categorias distintas, a saber:

- I. Ações de gestão de agenda e planejamento: dentro desta categoria, foram agrupadas todas as ações que envolveram alterações na agenda da equipe e/ou um planejamento estratégico para atender demandas e/ou cumprir suas obrigações. Essa classificação visa compreender as iniciativas relacionadas à gestão eficiente do tempo e recursos para otimizar o desempenho da equipe diante das responsabilidades atribuídas.
- II. Ações de vigilância e monitoramento: ela abrange iniciativas que visam acompanhar de perto a saúde da população, identificar fatores de risco e vulnerabilidades, e monitorar o acesso e a utilização dos serviços da UBS.
- III. Ações de educação em saúde: esta categoria guarda uma relação intrínseca com as Ações de Educação em Saúde, tanto no âmbito da interação entre os profissionais de saúde quanto na relação estabelecida entre esses profissionais e a comunidade atendida. O objetivo central destas ações é direcionado para a prevenção, promoção e educação em saúde. Entre os profissionais, essa categoria pode envolver programas de capacitação, atualização sobre práticas clínicas e discussões interdisciplinares para fortalecer o conhecimento técnico. Já na relação com a comunidade, as ações educativas podem abranger desde campanhas informativas sobre hábitos saudáveis até sessões educativas que visam capacitar os indivíduos a tomar decisões conscientes sobre sua saúde.
- IV. Ações de gestão estratégica: refere-se a tomadas de decisão que ultrapassam a autonomia das equipes, caracterizando-se por iniciativas que requerem a participação ativa da gerência. Essas ações são delineadas e implementadas em um contexto estratégico mais amplo, influenciando diretamente o direcionamento e as políticas da unidade organizacional.

- V. Ações não especificadas: abrange aquelas que, por alguma razão, encontram-se incompletas e/ou carentes de um sentido definido.

Essa abordagem categorizada proporcionou uma compreensão mais clara das estratégias utilizadas pelas equipes para lidar com os desafios enfrentados, contribuindo para uma avaliação abrangente das ações implementadas.

**Quadro 4** - Número e categorias dos problemas e das ações elencadas pelas equipes de saúde da família, em seus Planos de Ação para a Qualidade, do Programa Qualis-APS.

Número	Categoria	
	Problema	Ação
I	Absenteísmo não especificado	Ações de Gestão de Agenda e Planejamento
II	Absenteísmo de médico ou enfermeiro por gravidez ou licença maternidade	Ações de vigilância e monitoramento
III	Absenteísmo de múltiplos profissionais	Ações de Educação em Saúde
IV	Absenteísmo relacionado à pandemia da Covid-19	Ações de Gestão estratégica
V	Absenteísmo por atestado médico	Ações não especificadas

Fonte: Elaborada pelo Autor, 2023.

É importante destacar que os dados provenientes do Programa QualisAPS, empregados neste estudo, foram previamente aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o CAAE nº 29640120.6.000.0030.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados desta pesquisa serão apresentados no formato de artigo científico intitulado "A Influência do Absenteísmo em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal: uma análise sob a perspectiva do planejamento em saúde".

Este trabalho será submetido para publicação em uma revista científica especializada na área.

# Artigo

---

## **A Influência do Absenteísmo em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal: uma análise sob a perspectiva do planejamento em saúde**

**Artur Lopes Salduino da Silva** <sup>1</sup>

**Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos** <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB.

<sup>2</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB.

**Resumo:** O aumento do absenteísmo entre profissionais de saúde em organizações públicas emerge como uma preocupação significativa para a gestão, apontando para possíveis falhas no sistema, que repercutem diretamente na qualidade dos serviços oferecidos. A saúde do trabalhador, intrinsecamente ligada ao bem-estar físico, mental e social, exerce um impacto direto na qualidade de vida e produtividade no ambiente de trabalho. Este estudo tem como propósito avaliar as principais ações de saúde afetadas pelo fenômeno do absenteísmo nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, tomando como referência os planos de ação delineados pelo Programa de Qualificação da Atenção Primária (QualisAPS) em 2022. Através da análise de dados provenientes do planejamento das equipes de saúde e da consolidação de informações sobre o absenteísmo, foram identificados 65 problemas e 93 ações, revelando a extensão e complexidade do cenário. A análise discriminada por padrão de qualidade e região de saúde evidenciou áreas específicas, proporcionando uma identificação mais precisa das principais ações de saúde afetadas em cada região. Notavelmente, os resultados destacaram que o absenteísmo não especificado surge como o principal desafio enfrentado pelas equipes, impactando significativamente tanto a implementação de políticas quanto as próprias dinâmicas das equipes de saúde. Esse cenário de incerteza em relação aos motivos do afastamento dos profissionais representa uma barreira substancial, dificultando a formulação e implementação eficaz de políticas destinadas ao enfrentamento do problema. Além disso, esse quadro impacta diretamente nas atividades cotidianas das equipes de saúde, comprometendo a execução eficiente das ações de saúde planejadas e prejudicando o alcance dos objetivos propostos.

**Palavras-chaves:** Absenteísmo; Licença Médica; Gestão em Saúde; Planejamento em Saúde



## Introdução

O absenteísmo afeta trabalhadores de todas as áreas e em todo o Brasil, sendo esse um fator determinante para os problemas de saúde do país. Pesquisas realizadas *online*, através das produções científicas nacionais sobre o absenteísmo dos trabalhadores da saúde, mostram que esse problema é caracterizado pelo ambiente hostil que os profissionais se encontram, principalmente nas organizações públicas de saúde (Martinato *et al.*, 2010).

Com base em dados respaldados pelo Relatório Mundial da Saúde, foi possível identificar um aumento significativo do estresse e da sensação de insegurança em escala global entre os profissionais da saúde. Esse fenômeno se torna ainda mais notório quando se trata de serviços públicos de saúde, onde se observa que as discrepâncias na composição das equipes de saúde e na sua distribuição exacerbam ainda mais os desafios enfrentados no âmbito da saúde pública contemporânea (Dalpoz, 2013; WHO, 2006).

Antes do advento da pandemia de Covid-19, já se observava uma frequente ocorrência de afastamento de profissionais da área da saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2019, aproximadamente 10% das ausências e licenças médicas estavam diretamente relacionados ao estresse experimentado no ambiente de trabalho. No âmbito da saúde, e antes da eclosão da pandemia, a prevalência de estresse, resultante de fatores de estresse interpessoais de natureza crônica associados ao contexto laboral, estava estimada em cerca de 78,4% entre esses profissionais no Brasil (Silveira *et al.*, 2018; OMS, 2019).

O absenteísmo no setor da Saúde pode ser compreendido à luz de diferentes estudos. Santana *et al.* (2016), investigaram um hospital de ensino na Região Sul do Brasil, identificando 55 casos de afastamento atribuídos a Transtornos Mentais e Comportamentais. Os técnicos de enfermagem foram os mais impactados (29,09% dos casos). Além do mais, os episódios depressivos foram prevalentes (52,72% dos casos). Lima, Farah, Bustamante-Teixeira (2017) entrevistaram 153 profissionais de saúde em Juiz de Fora, constatando 51% de prevalência de estresse crônico relacionado à exposição contínua a fatores estressores na Atenção Primária à Saúde (APS). Oliveira *et al.* (2013), observaram que episódios depressivos, transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo recorrente foram as principais causas de afastamento. Essa tendência crescente preocupa a gestão em saúde, indicando falhas no sistema e impactando a qualidade dos serviços (Rodrigues; Araújo, 2016). Freitas *et al.* (2021), classificam o absenteísmo em "poucos dias" (ausência até nove dias) e "muitos dias" (ausência por dez dias ou mais).

Segundo Kivimäki *et al.* (2003), as evidências que estabelecem uma relação entre a ausência por motivo de doença e a mortalidade sugerem que os dados de ausência, coletados de forma regular, podem ser empregados como uma medida abrangente das disparidades de saúde entre os trabalhadores. Estes dados, utilizados de forma correta, apresentam uma capacidade de previsão de mortalidade igual ou superior aos indicadores de saúde estabelecidos.

A saúde do trabalhador engloba uma ampla gama de aspectos que dizem respeito ao seu bem-estar físico, mental e social, e está diretamente ligada à qualidade de vida e à produtividade no trabalho. É essencial abordar e promover a saúde do trabalhador como um componente fundamental para o funcionamento adequado das organizações e para o bem-estar geral dos indivíduos envolvidos no mercado de trabalho (Hirschle; Gondim, 2020).

Tanto as legislações brasileiras quanto às negociações coletivas têm apresentado uma lacuna em relação ao tratamento das causas do adoecimento vinculadas à gestão e à organização do trabalho, bem como às relações estabelecidas nos locais de trabalho. Assim, essas medidas têm se concentrado predominantemente em abordar ações reativas a serem adotadas após a ocorrência de doenças ou acidentes laborais (Cardoso; Morgado, 2019)

O gerenciamento do absenteísmo é amplamente reconhecido, como uma tarefa desafiadora. Acredita-se que a satisfação no trabalho possa desempenhar um papel crucial na redução dos níveis de absenteísmo. Investimentos na área de recursos humanos podem motivar os trabalhadores, elevar o ânimo e a satisfação pessoal, promovendo seu desenvolvimento e facilitando sua integração na instituição, o que, por sua vez, terá relação direta com os resultados de seu trabalho (Cristina *et al.*, 2008).

Ao observar a lacuna existente na literatura acadêmica a respeito do absenteísmo em unidades de saúde de nível primário, bem como a falta de ações governamentais e o preparo do Estado para lidar com este assunto, notou-se a importância de investigar a temática, com ênfase na disseminação do conhecimento sobre como o absenteísmo dos profissionais de saúde pode afetar as ações de saúde dentro de unidades de saúde da APS, que se traduz em um nível de atenção à saúde correlato sobretudo às ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos.

No âmbito da qualificação da APS, verifica-se que essa abordagem não se restringe apenas ao contexto brasileiro, mas também se estende a outros países com sistemas de saúde orientados à população. É possível identificar a existência de diversas iniciativas que têm como objetivo analisar e aperfeiçoar esse nível de atenção, principalmente devido ao seu grau de importância em um sistema de saúde. No entanto, é relevante destacar que cada localidade pode

adotar uma denominação particular para se referir a esse fenômeno, embora o propósito geral permaneça o de qualificar e trazer maior efetividade aos serviços de APS.

No Distrito Federal (DF), desde 2019, está em andamento o Programa de Qualificação da Atenção Primária (Qualis-APS), uma iniciativa destinada a aprimorar a prestação de serviços de saúde na APS. A parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) e a Universidade de Brasília (UnB) impulsionou a criação do programa por meio da Portaria SES-DF Nº 39, de 23 de janeiro de 2019 (Qualis-APS, 2022).

O Qualis-APS adota uma abordagem inovadora, promovendo a participação ativa dos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Suas ações são colaborativas, valorizando a diversidade de experiências e conhecimentos desses participantes. O programa se estrutura em três eixos interligados: Elaboração e implementação de uma sistemática de avaliação; Oferta de cursos de aperfeiçoamento e especialização para os profissionais da APS; Divulgação científica de conhecimentos relacionados ao sistema de saúde do DF (Qualis-APS, 2022).

A compreensão integral da saúde, segundo a perspectiva do programa, vai além da simples ausência de doença, incorporando o contexto profissional como uma parte essencial do bem-estar. O ambiente de trabalho, especialmente durante a jornada formal, desempenha um papel crucial na alocação do tempo destinado ao lazer e descanso (Faria; Ramos, 2014).

Além disso, o estudo concentra-se em avaliar as principais ações de saúde afetadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DF entrelaçadas pelo absenteísmo. O objetivo é disseminar não apenas informações sobre o absenteísmo entre os profissionais de saúde, mas também os conceitos estabelecidos até as ações de saúde impactadas por esse fenômeno. Essa abordagem visa proporcionar uma compreensão holística dos desafios enfrentados pelas equipes de saúde, conectando o ambiente de trabalho, a qualidade dos serviços e a necessidade de estratégias eficazes diante do absenteísmo.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo descritivo, a partir de dados secundários, oriundos do Programa Qualis-APS realizado no DF, desde 2019. Foram utilizados dados do planejamento das equipes de saúde local, além de dados consolidados sobre o absenteísmo dos profissionais da APS do DF.

O DF possui estrutura da saúde atípica, quando comparado a outras Unidades da Federação, uma vez que assume papel de estado e de município. Para tanto, organiza-se em sete

Regiões de Saúde, cada qual com seus estabelecimentos, que compõem a Rede de Atenção à Saúde (Distrito Federal, 2016).

A APS do DF é constituída por 175 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas nas 35 Regiões Administrativas (Infosaúde DF, 2023). Essas UBS constam com eSF compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e por equipes de Saúde Bucal (eSB), composta por odontólogo e técnico em saúde bucal, que oferecem o cuidado em nível primário àquela população adscrita (Brasil, 2011). Esses profissionais podem ainda atuar conjuntamente com o apoio da Equipe Multiprofissional (e-Multi). Essas equipes são responsáveis por fornecer serviços médicos, consultas de enfermagem, distribuição de medicamentos, vacinação, prevenção, promoção da saúde e acompanhamento de doenças crônicas (Brasil, 2023). Atualmente, no DF, existem cerca de 625 equipes de Saúde da Família, 361 equipes de Saúde Bucal (Infosaúde DF, 2023).

**Quadro 1** – Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de saúde por Região de Saúde e população projetada no ano de 2023.

Região de Saúde	N.º de UBS	N.º de equipes de saúde	Projeção da população
Região Central	09	72	408.559
Região Centro-Sul	20	113	370.750
Região Leste	30	116	347.374
Região Norte	37	160	374.708
Região Oeste	27	156	518.096
Região Sudoeste	32	265	869.619
Região Sul	20	104	278.396
Distrito Federal	175	986	3.167.502

Fonte: Infosaúde DF, 2023.

No Programa Qualis-APS, foi implantado um modelo sistemático de avaliação da APS com o objetivo de alcançar diversas metas, como a instituição de uma cultura de avaliação entre os profissionais, com garantia da transparência do processo de diagnóstico e avaliação, e promoção contínua do acompanhamento das ações e resultados do Programa.

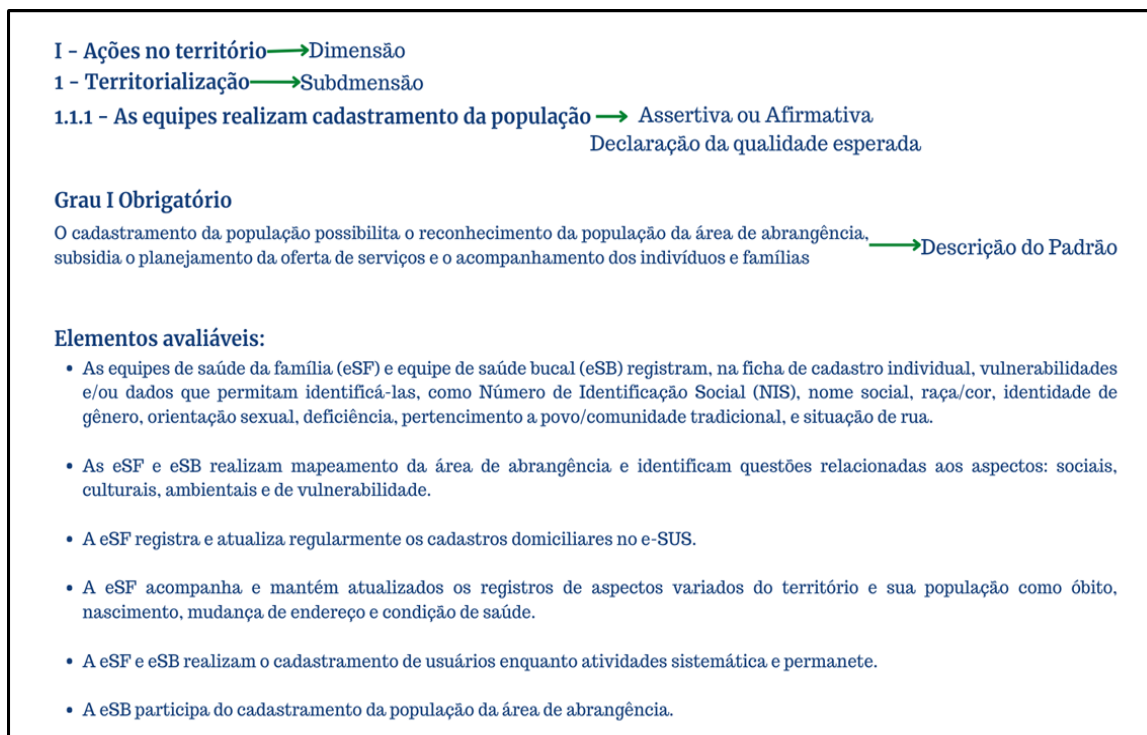
No ano de 2022 cada eSF/eSB realizou um processo de autoavaliação que culminou em seu PAQ, contendo os principais problemas que dificultavam o alcance devido de um padrão de qualidade, com ações para superá-los e respectivos recursos necessários, prazo para aplicação e responsável (**Figura 1**).

IDENTIFICAÇÃO:								
NOME DA UBS:								
EQUIPE:								
REGIÃO ADMINISTRATIVA:								
Padrão de qualidade selecionado:								
Dimensão:				Subdimensão:				
Correlato a:								
<input type="checkbox"/> Indicador AGL ( _____ ) <input type="checkbox"/> Vulnerabilidade <input type="checkbox"/> Plano Regional Integrado (PRI)								
Problemas/ Fragilidade(s) encontrada(s)	Descrição da ação para resolução	Atividades necessárias para o desenvolvimento da ação	Pessoa responsável pela condução da ação	Prazos para aplicação da ação	Recursos necessários		Ação se relacionada ao plano de ação da planificação	Status
					<input type="checkbox"/> O provimento do recurso foge da governabilidade dessa equipe	<input type="checkbox"/> O provimento do recurso foge da governabilidade dessa equipe		
				____/____/____	<input type="checkbox"/> O provimento do recurso foge da governabilidade dessa equipe	<input type="checkbox"/> O provimento do recurso foge da governabilidade dessa equipe	<input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ação não iniciada  <input type="checkbox"/> Ação iniciada  <input type="checkbox"/> Ação realizada

**Figura 1** - Matriz do Plano de Ação para a Qualidade do caderno para Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal.

Fonte: Qualis-APS, 2021. Adaptado.

Os padrões de qualidade (**Figura 2**) foram organizados em dimensões e subdimensões, acompanhados de suas descrições conceituais e elementos avaliáveis, a fim de guiar a análise do cumprimento desses padrões. Esses elementos constituem os instrumentos contidos no Caderno das eSF e eSB (Qualis-APS, 2021).



**Figura 2** - Exemplo do Padrão de Qualidade.

Fonte: Qualis-APS, 2021. Adaptado.

Através do PAQ, é possível superar os desafios diários nos serviços e identificar dificuldades que exigem intervenção de níveis superiores de gestão. Além disso, o PAQ contribui para melhorias no trabalho diário e na qualidade dos serviços prestados aos usuários, levando em consideração as características únicas de cada território ao selecionar as ações a serem implementadas.

Um padrão de qualidade deve ser amplo, adaptável e acessível, considerando os requisitos do momento, a aceitação dos usuários e a aplicabilidade na realidade local. Os padrões devem fornecer uma visão integral do sistema, abrangendo aspectos de gestão, organização e prestação de serviços. Além disso, devem ter a capacidade de evidenciar o processo de aprimoramento e evolução da qualidade, incluindo avanços e retrocessos nos estágios de qualidade alcançados (Qualis-APS, 2022).

O sistema de autoavaliação das equipes eSF e eSB deve ser preenchido, preferencialmente, pela equipe completa. As equipes devem marcar, numa escala de 1 a 5, quanto cumprem de cada padrão. O Caderno das eSF e da eSB foram estruturados com 45 padrões de qualidade, divididos em quatro dimensões e dez subdimensões. As equipes devem eleger 4 padrões de qualidade de grau 1, obrigatoriamente, e 2 padrões de qualidade de livre escolha para incluir em seu planejamento de ações, por meio do seu respectivo PAQ (**Quadro 2**) (Qualis-APS, 2021).

**Quadro 2** - Distribuição dos padrões no instrumento de autoavaliação das eSF e eSB por dimensões, subdimensões e número de padrões.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	NÚMERO DE PADRÕES
AÇÕES NO TERRITÓRIO	Territorialização	3
	Cuidado no território	6
ATENÇÃO AO USUÁRIO	Atenção integral	16
	Educação e Comunicação em Saúde	3
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	Acesso	5
	Coordenação do Trabalho	5
	Educação Permanente	1
	Integração da rede	1
PLANEJAMENTO	Programação	3
	Monitoramento e avaliação	2

Fonte: Qualis-APS, 2021. Adaptado.



**Quadro 3 - Distribuição dos Padrões no Instrumento de Autoavaliação das eSF e de eSB, por dimensão**

DIMENSÃO	PADRÕES (45)
<b>AÇÕES NO TERRITÓRIO</b>	<b>I.1.1.</b> As equipes realizam cadastramento da população
	<b>I.1.2.</b> As equipes fazem diagnóstico situacional de sua área de abrangência com foco no território
	<b>I.1.3.</b> As equipes realizam atendimento em territórios definidos, respeitando os parâmetros populacionais, e promovem vínculo com a população adscrita
	<b>I.2.1.</b> As equipes realizam atenção domiciliar
	<b>I.2.2.</b> As equipes realizam visita domiciliar
	<b>I.2.3.</b> As equipes realizam busca ativa da população adscrita
	<b>I.2.4.</b> O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desenvolve seu processo de trabalho no território
	<b>I.2.5.</b> As equipes desenvolvem ações de vigilância em saúde no território
	<b>I.2.6.</b> As equipes desenvolvem ações do Programa Saúde na Escola (PSE) em seu território
	<b>II.1.1.</b> As equipes oferecem atendimento a todos os usuários de seu território
	<b>II.1.2.</b> As equipes realizam atendimento igualitário para todos os usuários, sem preconceito e discriminação
	<b>II.1.3.</b> As equipes reconhecem as especificidades culturais e os saberes e práticas populares da comunidade do seu território
	<b>II.1.4.</b> As equipes garantem acesso à população não adscrita mediante situações específicas definidas em normativas
	<b>II.1.5.</b> As equipes oferecem Práticas Integrativas em Saúde (PIS) na APS
	<b>II.1.6.</b> A eSF garante cobertura de vacinação no seu território, conforme metas pactuadas
<b>II.1.7.</b> A eSF realiza o acompanhamento de pessoas hipertensas no seu território	

<b>ATENÇÃO AO USUÁRIO</b>	<b>II.1.8.</b> A eSF realiza o acompanhamento de pessoas com diabetes no seu território
	<b>II.1.9.</b> A eSF realiza o acompanhamento das gestantes no seu território, com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas
	<b>II.1.10.</b> A eSF realiza ações de rastreamento e controle do câncer de colo de útero das mulheres e dos homens trans do seu território
	<b>II.1.11.</b> A eSF realiza ações de rastreamento e controle do câncer de mama das mulheres no seu território
	<b>II.1.12.</b> A eSF realiza o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF)
	<b>II.1.13.</b> As equipes desenvolvem ações de cuidado em saúde mental
	<b>II.1.14.</b> As equipes desenvolvem ações de cuidado às pessoas em situação de violência
	<b>II.1.15.</b> As equipes desenvolvem ações de cuidado em saúde do trabalhador
	<b>II.1.16.</b> As equipes realizam ações destinadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos
	<b>II.2.1.</b> As equipes prestam esclarecimentos aos usuários sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da UBS
	<b>II.2.2.</b> As equipes oferecem ações de Educação, Informação e Comunicação (EIC) em saúde visando à responsabilização dos usuários para o autocuidado em saúde
	<b>II.2.3.</b> As equipes desenvolvem ações de Educação Popular
	<b>III.1.1.</b> As equipes realizam acolhimento a cada contato com o usuário
	<b>III.1.2.</b> As equipes disponibilizam acesso a serviços em tempo oportuno a cada contato com o usuário
	<b>III.1.3.</b> As equipes oferecem assistência ao usuário que busca a UBS como demanda espontânea
	<b>III.1.4.</b> As equipes estabelecem a organização do trabalho centrado nas necessidades das pessoas
<b>III.1.5.</b> As equipes adotam estratégias de agendamento para facilitar o acesso dos usuários	
<b>III.2.1.</b> As equipes registram as informações das ações realizadas na APS	
<b>III.2.2.</b> As equipes trabalham de forma integrada no desenvolvimento das ações de saúde	
<b>III.2.3.</b> A eSB desenvolve ações de cuidado em saúde bucal	

<b>ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO</b>	<b>III.2.4.</b> As equipes realizam ações integradas ao NASF-AB
	<b>III.2.5.</b> As equipes acompanham os encaminhamentos dos usuários para outros níveis de atenção
	<b>III.3.1.</b> As equipes desenvolvem ações de Educação Permanente em Saúde (EPS)
	<b>III.4.1.</b> As equipes se articulam intersetorialmente para a realização das atividades na APS
<b>PLANEJAMENTO</b>	<b>IV.1.1.</b> As equipes programam a oferta de serviços com base nas características da população adscrita
	<b>IV.1.2.</b> As equipes fomentam a participação popular na 3 programação das ações
	<b>IV.1.3.</b> A eSF programa ações de vigilância em saúde no território
	<b>IV.2.1.</b> As equipes realizam monitoramento das ações de saúde II
	<b>IV.2.2.</b> As equipes monitoram e avaliam os indicadores definidos nos Acordos de Gestão Local (AGL)

Fonte: Qualis-APS, 2021. Adaptado.

Dessa forma, os problemas e ações registrados no PAQ refletem as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no campo e quais as estratégias, em sua governabilidade, essas equipes adotarão para superar esses desafios.

Esta pesquisa usou a abordagem qualitativa-quantitativa, tratando-se de um estudo descritivo que utilizou dados dos planos de ação das equipes de saúde durante o ciclo do Plano de Ação para a Qualidade, durante o ano de 2022. Analisou-se ainda os dados consolidados, de atendimentos de saúde dos trabalhadores, sobre o absenteísmo dos servidores da APS nas RS do DF nos anos de 2019 a 2022.

Os dados sobre absenteísmo foram obtidos por meio da Lei Federal nº 12.527/11, conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), onde regulamenta o direito de acesso às informações públicas, conforme manda a Constituição Federal de 1988.

Segundo a Gerência de Produção e Informação em Saúde (2023), foram considerados os afastamentos dos servidores classificados como "Normal", "Afastados", "Incluído no Mês" e "Posse". Os servidores com status de "Cedidos" e "Requisitados" foram excluídos a fim de evitar duplicação de informações. Além do mais, realizou-se a análise do percentual de afastamentos com base na codificação por capítulo da Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

O banco de dados composto pelas respostas das equipes em relação ao PAQ foi adquirido por meio do Programa Qualis-APS. Ocorreu uma análise descritiva dos dados, através da construção de um banco de dados contendo as respostas dos formulários, bem como os problemas e ações identificados por cada equipe de saúde, referentes aos indicadores selecionados para o estudo, sendo utilizadas planilhas eletrônicas no software da Microsoft® Excel.

A coleta de dados para essa avaliação ocorreu nas 175 UBS de todas as Regiões de Saúde do Distrito Federal. Esses dados foram associados aos indicadores do Acordo de Gestão Local (AGL) da SES/DF, que é uma ferramenta de contratualização entre as Superintendências das Regiões de Saúde do DF e as UBS de seus respectivos territórios. Os indicadores do AGL serviram como base para a formulação dos eixos do instrumento de avaliação, levando em consideração critérios como clareza, simplicidade, objetividade, técnica e adequação contextual.

Posteriormente, realizou-se uma análise de conteúdo e classificação dos problemas, utilizando o software Microsoft Excel® para essa finalidade. Neste projeto, foram considerados apenas aqueles problemas relacionados a relatos sobre o absenteísmo do profissional da saúde, afastamento, atestado de saúde e/ou licença médica.

Após a seleção dos problemas, cada resposta foi associada ao código padrão do PAQ correspondente. Esses códigos foram então vinculados às ações de saúde relatadas por cada equipe, estabelecendo conexões com as ações escaladas por cada uma delas.

A fim de aprimorar a clareza na interpretação dos resultados e facilitar a compreensão, as respostas foram agrupadas em categorias centrais que resumem as descrições fornecidas. Para os problemas relatados pelas equipes, cinco categorias foram empregadas, nomeadamente:

- I. Absenteísmo não especificado: nesta categoria, agrupou-se as respostas dadas pelas equipes, em que a única informação foi que havia absenteísmo e afastamento de servidores, mas não retém nenhuma informação se é devido a licença médica ou licença maternidade ou outras razões;
- II. Absenteísmo de médica ou enfermeira por gravidez ou licença maternidade: foram agrupadas as respostas que resultam no afastamento do (a) médico (a) ou do (a) enfermeiro (a) da equipe devido a licença maternidade ou gravidez;
- III. Absenteísmo de múltiplos profissionais: em algumas respostas relacionadas ao problema havia dois ou mais casos de absenteísmo, sendo eles por absenteísmo não especificado e o absenteísmo de médica ou enfermeira por gravidez ou licença

maternidade, sendo necessário criar uma nova categoria para englobar quando uma resposta contemplasse esses múltiplos casos;

- IV. Absenteísmo relacionado à pandemia da Covid-19: como as equipes das UBS precisaram atuar na linha de frente em relação à pandemia de Covid-19, aqui foram agrupadas todas as respostas que estavam relacionadas à pandemia.
- V. Absenteísmo por atestado médico: essa categoria está relacionada às respostas que comentavam sobre o afastamento de algum profissional devido a licença ou atestado médico, podendo conter ou não a razão da licença.

Quanto às ações decididas pelas equipes, foi necessário realizar uma análise detalhada para compreender o tipo de ação adotada para enfrentar os problemas relatados. Além disso, observou-se como a equipe organiza suas dificuldades. Após essa análise, foram empregadas cinco categorias distintas, a saber:

- I. Ações de gestão de agenda e planejamento: dentro desta categoria, foram agrupadas todas as ações que envolveram alterações na agenda da equipe e/ou um planejamento estratégico para atender demandas e/ou cumprir suas obrigações. Essa classificação visa compreender as iniciativas relacionadas à gestão eficiente do tempo e recursos para otimizar o desempenho da equipe diante das responsabilidades atribuídas.
- II. Ações de vigilância e monitoramento: ela abrange iniciativas que visam acompanhar de perto a saúde da população, identificar fatores de risco e vulnerabilidades, e monitorar o acesso e a utilização dos serviços da UBS.
- III. Ações de educação em saúde: esta categoria guarda uma relação intrínseca com as Ações de Educação em Saúde, tanto no âmbito da interação entre os profissionais de saúde quanto na relação estabelecida entre esses profissionais e a comunidade atendida. O objetivo central destas ações é direcionado para a prevenção, promoção e educação em saúde. Entre os profissionais, essa categoria pode envolver programas de capacitação, atualização sobre práticas clínicas e discussões interdisciplinares para fortalecer o conhecimento técnico. Já na relação com a comunidade, as ações educativas podem abranger desde campanhas informativas sobre hábitos saudáveis até sessões educativas que visam capacitar os indivíduos a tomar decisões conscientes sobre sua saúde.
- IV. Ações de gestão estratégica: refere-se a tomadas de decisão que ultrapassam a autonomia das equipes, caracterizando-se por iniciativas que requerem a participação ativa da gerência. Essas ações são delineadas e implementadas em um contexto

estratégico mais amplo, influenciando diretamente o direcionamento e as políticas da unidade organizacional.

- V. Ações não especificadas: abrange aquelas que, por alguma razão, encontram-se incompletas e/ou carentes de um sentido definido.

Essa abordagem categorizada proporcionou uma compreensão mais clara das estratégias utilizadas pelas equipes para lidar com os desafios enfrentados, contribuindo para uma avaliação abrangente das ações implementadas.

**Quadro 4** - Número e categorias dos problemas e das ações elencadas pelas equipes de saúde da família, em seus Planos de Ação para a Qualidade, do Programa Qualis-APS.

Número	Categoria	
	Problema	Ação
I	Absenteísmo não especificado	Ações de Gestão de Agenda e Planejamento
II	Absenteísmo de médico ou enfermeiro por gravidez ou licença maternidade	Ações de vigilância e monitoramento
III	Absenteísmo de múltiplos profissionais	Ações de Educação em Saúde
IV	Absenteísmo relacionado à pandemia da Covid-19	Ações de Gestão estratégica
V	Absenteísmo por atestado médico	Ações não especificadas

Fonte: Elaborada pelo Autor, 2023.

É importante destacar que os dados provenientes do Programa QualisAPS, empregados neste estudo, foram previamente aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o CAAE nº 29640120.6.000.0030.

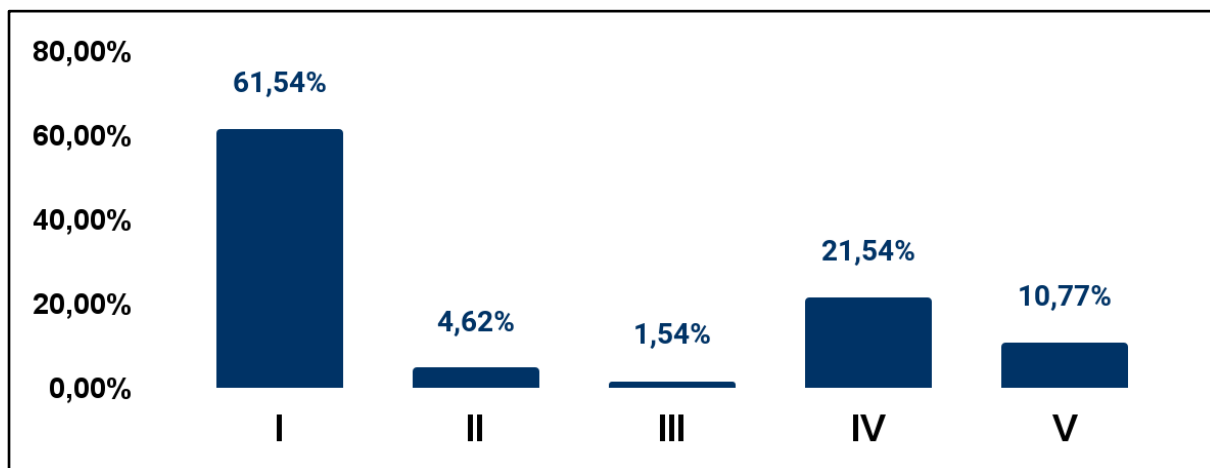
## Resultados e Discussão

### Analisando Desafios

Um total de 8.526 problemas e ações nos PAQ foram obtidos, destacando os problemas gerais identificados pelos profissionais no contexto da UBS. Ao realizar um recorte específico voltado para a identificação de problemas correlatos ao absenteísmo-doença, foram identificados 65 problemas e 93 ações no ano de 2022.

Em relação aos problemas, 61,54% faziam referência ao absenteísmo não especificado, 21,54% ao absenteísmo relacionado à pandemia da Covid-19, 10,77% estão relacionados ao absenteísmo por atestado médico, 4,61% referem-se ao absenteísmo de médica ou enfermeira por gravidez ou licença maternidade e apenas 1,54% está ligado ao absenteísmo de múltiplos profissionais.

**Gráfico 1** - Proporção (%) dos problemas relatados pelas eSF em seu PAQ, relacionados ao Absenteísmo-doença, por categoria, em 2022.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Nota: Dados adquiridos através das respostas das eSF em seus Planos de Ação para a Qualidade, em 2022.

O absenteísmo exerce uma influência direta no âmbito da gestão. Essa lacuna de dados impacta negativamente a habilidade gerencial ao impossibilitar uma análise aprofundada das causas subjacentes ao absenteísmo, dificultando, assim, a formulação de estratégias eficazes e a tomada de decisões informadas.

Em virtude do afastamento de determinados profissionais, a médio e longo prazo, emerge uma sobrecarga sobre os demais trabalhadores, resultando no aceleramento dos processos de adoecimento. Deve-se reconhecer que esse desgaste físico e emocional exerce um

impacto negativo tanto nos profissionais quanto nas instituições. Essa dinâmica, ao criar uma carga de trabalho excessiva sobre os funcionários remanescentes, suscita preocupações relevantes sobre o bem-estar, a saúde mental e a eficiência operacional nas organizações (Castelo, *et al.*, 2018). Essa compreensão reforça a necessidade de estratégias preventivas e de gestão de recursos humanos para mitigar esses efeitos adversos.

De acordo com Possa (2021), ao realizar uma análise na literatura, destaca que as condições precárias do ambiente e os recursos disponíveis para a prática assistencial compeliram os profissionais de saúde a se exporem de maneira excessiva, assumindo responsabilidades em face de situações extremas. Esse cenário resulta em um significativo desgaste físico e psicológico para esses profissionais. Esse desgaste, por sua vez, conduz a faltas no serviço e, em determinadas situações, desencadeia descontrole emocional.

A sobrecarga é um dos principais motivos de afastamento para profissionais de saúde, não se limitando apenas a fatores físicos, mas abrangendo também elementos biopsíquicos. Essa sobrecarga resulta do envolvimento integral dos trabalhadores de saúde em seus ambientes de trabalho, atendendo às particularidades dos pacientes adoecidos (Sancinetti, *et al.*, 2009).

Estudos destacam a diversidade e gravidade dos desafios enfrentados por esse grupo, revelando processos de desgaste biopsíquico relacionados à natureza do serviço e às condições em que é realizado. Recentemente, o trabalho desses profissionais tem sido caracterizado como insalubre e penoso, refletindo a escassez de alocação de recursos destinados ao fortalecimento da segurança desses profissionais (Barbosa, *et al.*, 2010; Sancinetti, *et al.*, 2009).

Em um cenário específico, como o de uma UBS, caracterizado pela demanda constante e a necessidade de presença tanto de médicos quanto de enfermeiros para a realização das atividades, torna-se intrigante analisar a ausência de substituição nos casos de gestação e licença maternidade, persistindo até os dias atuais.

É notável que, tanto entre a equipe médica quanto a de enfermagem, as atividades desempenhadas são frequentemente marcadas pela divisão de tarefas. Mesmo com uma relação horizontal, ainda há certas limitações no cumprimento de rotinas, normas e regulamentos (Rodrigues; Araújo, 2016). Essa dinâmica complexa pode influenciar diretamente na capacidade de realizar substituições adequadas durante períodos de afastamento, como gestação e licença maternidade, levantando questões relevantes sobre a organização do trabalho nessas unidades de saúde.

Na categoria II, associada aos problemas, todas as respostas enfocaram atividades cotidianas que a equipe foi obrigada a negligenciar, uma vez que a médica ou enfermeira



entrava em licença maternidade ou gestação, e a ausência de uma substituta resultava na impossibilidade da equipe acessar sistemas que requerem a presença do médica e/ou enfermeira.

Cabe destacar que no contexto brasileiro, a legislação pertinente à substituição de profissionais de saúde durante licença maternidade é abordada na CLT e na Lei nº 8.112/1990, a qual trata do Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União e Fundações Públicas Federais e, no caso do DF, na Lei Distrital Nº 4.266, de 11 de dezembro de 2008, e suas alterações. Essas legislações estipulam a viabilidade de contratação de um substituto temporário para ocupar a função da profissional durante o período de afastamento.

Ao analisar detalhadamente os resultados obtidos e com o objetivo de examinar os principais problemas associados ao absenteísmo em conformidade com os padrões de qualidade, por Região de Saúde do DF (**Quadro 5**), percebe-se como o problema principal nas RS está relacionado ao absenteísmo.

A falta de conhecimento sobre as causas do afastamento dos profissionais impacta negativamente os serviços, prejudicando tanto a gestão quanto o governo na tomada de decisões informadas. A ausência de dados suficientes impede a formulação de estratégias eficazes, comprometendo a capacidade de avaliação precisa da situação e a elaboração de políticas direcionadas para lidar com o absenteísmo. Isso resulta em uma gestão menos eficiente e na dificuldade de implementação de medidas corretivas apropriadas.

**Quadro 5** - Análise da Relação entre Regiões de Saúde do DF, os principais Problemas do PAQ e as Dimensões dos Padrões de Qualidade no Programa Qualis-APS.

Região de Saúde	Principal Problema	Principal Dimensão das Ações
Região de Saúde Central	I	Ações no Território
Região de Saúde Centro-Sul	I	Atenção ao Usuário
Região de Saúde Leste	I	Ações no Território
Região de Saúde Norte	I	Organização do Trabalho
Região de Saúde Oeste	III	Atenção ao Usuário
Região de Saúde Sudoeste	I e IV	Atenção ao Usuário
Região de Saúde Sul	V	Organização do Trabalho

Fonte: Autoria própria, 2023.

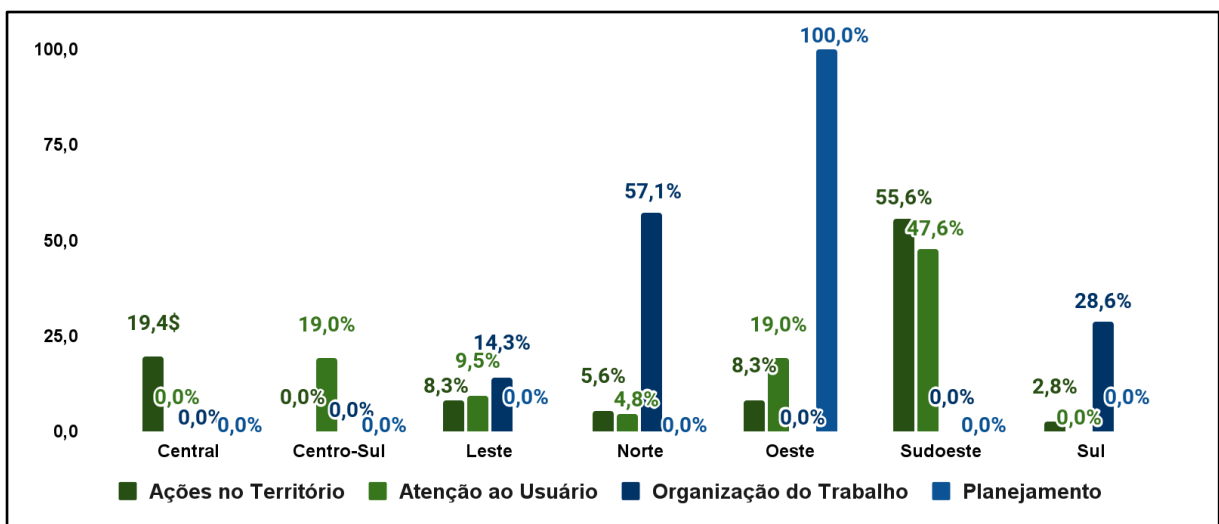
Nota: Dados adquiridos através das respostas das eSF em seus Planos de Ação para a Qualidade, em 2022.

Adicionalmente, é relevante destacar que as principais dimensões associadas ao padrão de qualidade do Programa-Qualis APS estão intrinsecamente vinculadas à atenção ao usuário. Em outras palavras, os serviços de saúde, relacionados a essa dimensão específica, estão sendo prejudicados devido a esses afastamentos sem justificativa.

Essa situação compromete diretamente a capacidade de um atendimento eficaz e de qualidade aos usuários, uma vez que a ausência de profissionais não especificados prejudica a continuidade e a consistência dos serviços prestados. Isso ressalta a importância crítica de abordar e resolver o problema do absenteísmo não justificado para assegurar a entrega efetiva e integral de cuidados na APS.

As informações fornecidas pelo Gráfico 2, apresenta a distribuição percentual dos problemas relatados pelas equipes em seus PAQ. Esse levantamento considera as quatro dimensões dos padrões de qualidade e realiza uma análise em relação às distintas Regiões de Saúde do DF ao longo do ano de 2022. Em resumo, ela fornece uma visão da prevalência de problemas específicos em cada RS, considerando as diferentes dimensões dos padrões de qualidade.

**Gráfico 2** - Proporção (%) dos problemas relatados pelas eSF em seu PAQ entre as Regiões de Saúde do DF pelas dimensões dos padrões de qualidade, em 2022.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Nota: Dados adquiridos através das respostas das eSF em seus Planos de Ação para a Qualidade, em 2022.

Observa-se que, ao analisar a distribuição dos problemas entre as Regiões de Saúde, a RS Sudoeste destaca-se, apresentando a maioria dos problemas (55,6%) relacionados às ações

de saúde na dimensão de ações no território. Além disso, os problemas referentes às dimensões da organização do trabalho e do planejamento foram mais prevalentes na RS Norte, com incidência de 57,1%. Notavelmente, apenas a RS Oeste registrou problemas relacionados ao planejamento, correspondendo a 100%.

Diante desses dados, ao analisar as informações agrupadas por padrão de qualidade e segmentá-las por região de saúde, foi possível identificar as principais ações de saúde impactadas pelos problemas relacionados ao absenteísmo nas UBS. O próximo passo consiste em aprofundar essa análise, considerando o número de problemas em relação aos padrões de qualidade específicos, permitindo uma compreensão mais detalhada das áreas e facilitando a identificação das principais ações de saúde afetadas em cada região de saúde (**Quadro 6**).

**Quadro 6** – Distribuição da Proporção (%) dos principais problemas relatados pelas equipes de Saúde da Família em seu Planos de Ação para a Qualidade entre as Regiões de Saúde do Distrito Federal por padrão de qualidade, em 2022.

<b>Dimensão</b>	<b>Padrão de Qualidade</b>	<b>Central</b>	<b>Centro-Sul</b>	<b>Leste</b>	<b>Norte</b>	<b>Oeste</b>	<b>Sudoeste</b>	<b>Sul</b>
<b>Ações No Território</b>	I.1.1. As equipes realizam cadastramento da população	<b>14,3%</b>	0,0%	<b>16,7%</b>	<b>28,6%</b>	0,0%	<b>23,3%</b>	0,0%
	I.2.1. As equipes realizam atenção domiciliar	<b>14,3%</b>	0,0%	<b>16,7%</b>	0,0%	0,0%	<b>3,3%</b>	<b>33,3%</b>
	I.2.2. As equipes realizam visita domiciliar	<b>42,9%</b>	0,0%	<b>16,7%</b>	0,0%	<b>12,5%</b>	<b>23,3%</b>	0,0%
<b>Atenção Ao Usuário</b>	II.1.6. A eSF garante cobertura de vacinação no seu território, conforme metas pactuadas	0,0%	0,0%	<b>16,7%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	II.1.7. A eSF realiza o acompanhamento de pessoas hipertensas no seu território	0,0%	<b>25%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	<b>10,0%</b>	0,0%
	II.1.8. A eSF realiza o acompanhamento de pessoas com diabetes no seu território	0,0%	<b>25%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	<b>10,0%</b>	0,0%
	II.1.15. As equipes desenvolvem ações de cuidado em saúde do trabalhador	0,0%	<b>25%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	II.1.16. As equipes realizam ações destinadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças e agravos	0,0%	0,0%	<b>16,7%</b>	0,0%	<b>37,5%</b>	<b>3,3%</b>	0,0%
	II.2.2. As equipes oferecem ações de Educação, Informação e Comunicação (EIC) em saúde visando à corresponsabilização dos usuários para o autocuidado em saúde	0,0%	<b>25%</b>	<b>16,7%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Organização Do Trabalho</b>	III.1.3. As equipes oferecem assistência ao usuário que busca a UBS como demanda espontânea	0,0%	0,0%	<b>16,7%</b>	<b>14,3%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
	III.2.2. As equipes trabalham de forma integrada no desenvolvimento das ações de saúde	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>33,3%</b>
	III.4.1. As equipes se articulam intersetorialmente para a realização das atividades na APS	0,0%	0,0%	<b>16,7%</b>	0,0%	<b>12,5%</b>	0,0%	<b>33,3%</b>
<b>Planejamento</b>	IV.2.2. As equipes monitoram e avaliam os indicadores definidos nos Acordos de Gestão Local (AGL)	0,0%	0,0%	0,0%	<b>14,3%</b>	0,0%	0,0%	0,0%

Fonte: Autoria própria, 2023.

Nota: Dados adquiridos através das respostas das eSF em seus Planos de Ação para a Qualidade, em 2022.

A RS Central apresentou uma boa distribuição de problemas que afetam as ações relacionadas à territorialização e ao cuidado no território, sendo o padrão de qualidade mais impactado o I.2.2, retendo 42,9% dos problemas relacionados a este. As visitas domiciliares, atualmente multifacetadas, desempenham um papel crucial nesse contexto, com cada equipe decidindo os conteúdos essenciais a serem compartilhados com a população visitada (Azeredo, *et al.*, 2007).

Os ACS historicamente transmitiam informações valiosas e orientações sobre cuidados sanitários, desencadeando mudanças saudáveis de comportamento e promovendo a prevenção no território. Como destaca Marques (1995), a visita domiciliar é a ferramenta por excelência para avaliar as condições socioambientais e habitacionais do paciente e de sua família, além de possibilitar a busca ativa e o planejamento e execução de medidas assistenciais apropriadas. A identificação e resolução dos problemas relacionados a esse padrão de qualidade na RS Central são fundamentais para fortalecer a eficácia das ações de promoção e prevenção em saúde nessa região.

Nas RS Centro-Sul, Leste e Sul, nota-se uma distribuição equitativa de problemas entre os padrões de qualidade. É relevante ressaltar que, entre essas regiões, destaca-se que as ações de saúde relacionadas ao monitoramento, vigilância e busca ativa foram afetadas em todas elas. Essa uniformidade nos desafios nessas áreas específicas aponta para a necessidade de uma abordagem estratégica e coordenada para fortalecer essas dimensões nas práticas de saúde dessas regiões.

A busca ativa, aliada a ações didáticas, detecção precoce e intervenções na atenção básica, desempenha um papel fundamental na prevenção e promoção da saúde da população, conforme preconizado pelas políticas públicas. Destaca-se que depender exclusivamente da procura espontânea da comunidade não é suficiente para garantir uma cobertura abrangente. As políticas públicas representam um esforço direcionado para aprimorar o rastreamento, proporcionando um atendimento humanizado e integrado, reforçando a importância do engajamento ativo na promoção da saúde e na prevenção de doenças (Nazaré, *et al.*, 2020).

Na RS Oeste, constata-se que a principal ação de saúde impactada pelo absenteísmo é o II.1.16, representando 37,5% dos casos. No contexto das ações de promoção e prevenção da saúde, fundamentadas nas políticas públicas, essas iniciativas possuem a capacidade proativa de preservar o bem-estar e prevenir doenças. Além de não se limitarem apenas ao tratamento de enfermidades, tais ações promovem hábitos saudáveis, identificam precocemente potenciais problemas de saúde e criam ambientes propícios ao bem-estar (PNPS, 2018). O impacto do

absenteísmo nessas áreas ressalta a necessidade de fortalecer estratégias específicas para garantir a continuidade e eficácia dessas ações na RS Oeste.

Ao focalizar a promoção da saúde, essas ações contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população, reduzem a carga sobre os sistemas de saúde e adotam uma abordagem holística considerando os aspectos físicos, emocionais e sociais. Em sintonia com as políticas públicas, tais práticas não apenas beneficiam os indivíduos, mas também resultam em economias nos custos do sistema de saúde, promovendo uma melhor qualidade de vida coletiva.

Na análise da RS Norte, destaca-se que 28,6% dos relatos concentram-se no padrão de qualidade I.1.1. Essa categoria refere-se à obtenção do perfil epidemiológico da população da área de abrangência da eSF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual. Conforme observado por Campos (2020), a falta de cadastramento completo contribui para a desorganização dentro de uma UBS. Esse cenário impacta diretamente na demora das consultas, uma vez que o número de cadastro é fundamental para o agendamento, e a ausência desse dado implica em atrasos. Para contornar essa situação, é necessário localizar o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) no e-SUS, vinculando-o à equipe pelo Cadastro Nacional do SUS (CadSUS), o que, por vezes, resulta em agendamentos duplicados, ampliando as dificuldades operacionais.

Na RS Sudeste, os problemas relatados pelas equipes afetam diversos padrões de qualidade, destacando-se principalmente os padrões I.1.1 (23,3%) e I.2.2 (23,3%). Em seguida, os segundos padrões de qualidade mais afetados são I.2.4 (10,0%), II.1.7 (10,0%) e II.1.8 (10,0%). Munari *et al.*, (2009) esclarecem que, ao afetar cada vez mais pessoas de todas as classes sociais, as doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes Mellitus e Hipertensão, desafiam os profissionais de saúde no controle, prevenção e manejo desses agravos.

Uma intervenção eficaz tem sido o uso da tecnologia de grupo para desenvolver ações direcionadas aos portadores e seus familiares, abrangendo áreas como educação em saúde, prevenção de agravos, treinamento de habilidades, entre outros. Essas estratégias visam enfrentar o desafio crescente dessas doenças na comunidade (Silva, *et al.*, 2006). Porém, nota-se que os profissionais estão com dificuldades, devido ao absenteísmo dos servidores, para realizar o acompanhamento.

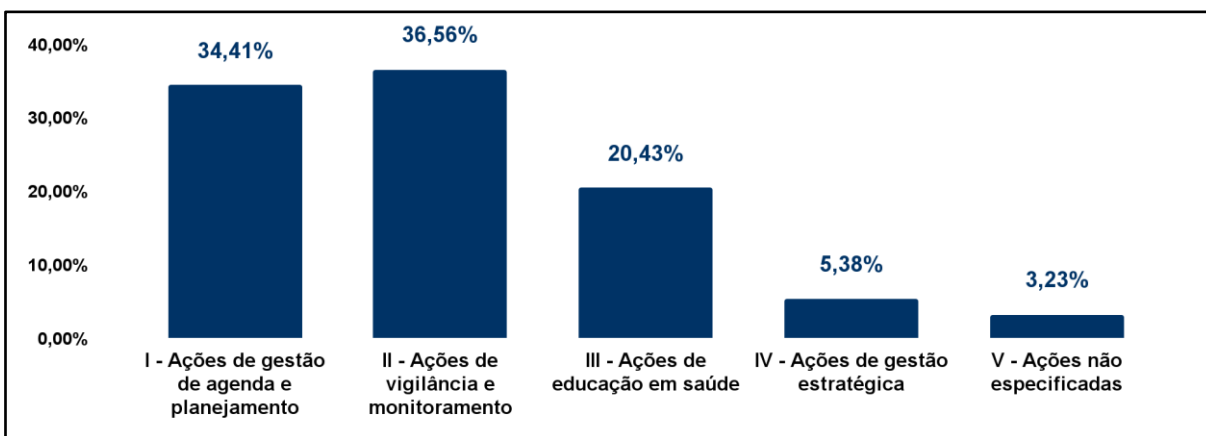
### **Estratégias e Intervenções Implementadas: as ações do PAQ**

Na última fase do ciclo de avaliação, foram desenvolvidas e implementadas ações destinadas a mitigar ou eliminar os problemas identificados. Essas ações se traduzem no que a

equipe tem governabilidade para atuar, a fim de reduzir os danos do absenteísmo em seu processo de trabalho.

Quanto à natureza dessas ações, 36,56% foram relacionadas à gestão de agenda e planejamento, 34,41% envolveram ações de vigilância e monitoramento, 20,43% estiveram voltadas para educação em saúde, 5,38% referiram-se a ações de gestão estratégica, e 3,23% foram ações realizadas, mas não especificadas.

**Gráfico 3** - Proporção (%) das ações relatadas pelas eSF em seu PAQ, relacionados ao Absenteísmo-doença, por categoria, em 2022.



Fonte: Autoria própria, 2023. Dados adquiridos através das respostas das eSF em seus Planos de Ação para a Qualidade, em 2022.

Percebe-se que a principal ação empreendida pelas eSF consistiu em iniciativas voltadas para o acompanhamento próximo da saúde da população. Isso envolveu a identificação de fatores de risco e vulnerabilidades, além do monitoramento do acesso e utilização dos serviços da UBS. Uma ênfase foi dada ao aumento do cadastro da população, visando promover a prevenção de adoecimentos e mitigar a sobrecarga nos serviços de saúde.

É reconhecido que o cuidado proporcionado às pessoas pela eSF envolve iniciativas direcionadas a diretrizes que orientem a prática da prevenção. Torna-se crucial avançar para ações de promoção da saúde, buscando reduzir as demandas espontâneas na UBS que podem ser prevenidas (Soares; Heidemann, 2018). Essa abordagem visa não apenas tratar doenças, mas também promover a saúde e prevenir a ocorrência de condições que poderiam ser evitadas com medidas preventivas adequadas, além de aliviar os profissionais da saúde.

A segunda ação realizada, em resposta aos desafios do absenteísmo dos profissionais, envolveu a concentração de esforços na organização do planejamento. As eSF adotaram uma abordagem estratégica, dividindo-se e ajustando suas agendas de acordo com as necessidades

específicas de cada UBS. Essa estratégia permitiu uma alocação eficiente da equipe, com uma distribuição adequada de responsabilidades, visando atingir maior eficácia no enfrentamento dos impactos causados pelo absenteísmo.

Considerando que o planejamento é um instrumento de gestão fundamental para atender às diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde, respaldado por seu arcabouço legal, e se apresenta como uma poderosa ferramenta para a equipe alcançar suas metas e se organizar, especialmente durante crises. Nesse contexto, Teles *et al.* (2020), argumentam que os profissionais de saúde devem reconhecer a importância desses instrumentos, que geram dados e informações cruciais para subsidiar a tomada de decisões. Essa abordagem inclui ajustes necessários de acordo com as demandas locais, destacando a importância do monitoramento e avaliação para fortalecer as atividades e ações diárias da equipe (Teles, *et al.*, 2020).

Os modos de organização do trabalho na saúde pública exercem uma influência significativa no adoecimento dos servidores e são fatores determinantes para a precarização do trabalho. Essa realidade resulta em prejuízos tanto para a qualidade quanto para a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS (Jackson, 2004).

Além do mais, nota-se como as ações de educação em saúde pode ser considerada uma das principais ações de promoção da saúde, já que essa se revela de suma importância tanto na prevenção e reabilitação de doenças, além de despertar a cidadania, responsabilidade pessoal e social relacionada à saúde, bem como a formação de multiplicadores e cuidadores. Vale mencionar que a educação em saúde como via principal para a promoção da saúde, ganhou ênfase maior após a Conferência de Ottawa, tendo maior força no Brasil durante o processo de reforma sanitária. Revelando que esta perspectiva é recente e ainda necessita ser incorporada pelos profissionais de saúde, não só os que atuam na atenção primária, mas em todos os níveis de atenção (Feijão; Galvão, 2007).

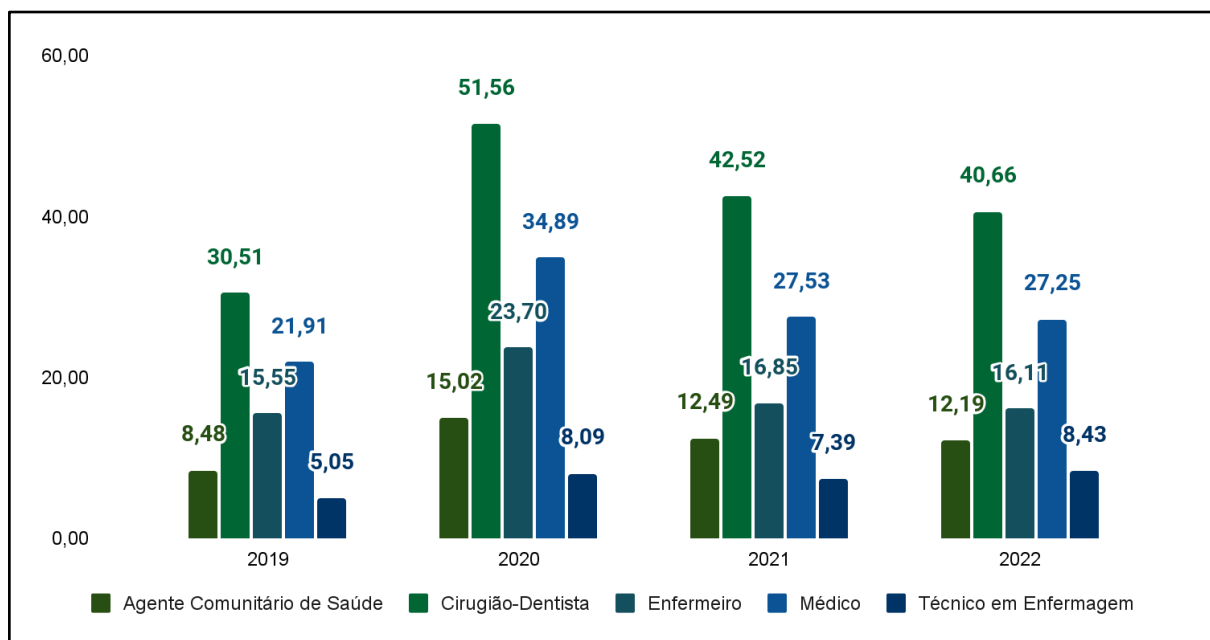
### **Análise dos Fatores que Impactaram os Trabalhadores de Saúde**

Com base nos dados consolidados pela Gerência de Produção e Informação em Saúde, da Subsecretaria de Saúde do Trabalhador do DF (Subsaúde), entre os anos de 2019 e 2022, observou-se uma média de 1.518 profissionais da saúde afastados de suas atividades devido a uma ou mais licenças médicas, motivadas por diversos fatores. Esses afastamentos resultaram em uma média de 60.096 dias "perdidos". Ao analisar os dias de afastamento em relação à categoria profissional (conforme apresentado no Gráfico 4), destaca-se que os profissionais de



enfermagem, médicos e cirurgiões-dentistas foram os grupos que permaneceram fora por períodos mais prolongados.

**Gráfico 4 - Índice de Duração (ID) das Licenças por Categoria Profissional nas Unidades Básicas de Saúde do DF, no ano de 2019 a 2022.**



Fonte: Autoria própria, 2023.

Nota: Índice de Duração (ID) = Número de dias de afastamentos em cada órgão / Número de servidores ativos em cada órgão. Dados disponibilizados pela Gerência de Produção e Informação em Saúde, no ano de 2019 a 2022.

Conforme destacado por Machado *et al.* (2019), no contexto da jornada de trabalho no setor público, observa-se que a maioria dos profissionais (63,8%) desempenha atividades por uma carga horária semanal compreendida entre 21 e 40 horas. Estes dados encontram-se em consonância com a realidade do DF, uma vez que, no âmbito municipal, os profissionais que atuam nas UBS, frequentemente, possuem jornadas de trabalho estabelecidas em 30 ou 40 horas semanais.

A natureza do trabalho em uma UBS, podendo ser caracterizado por demandas intensas, pressões emocionais e condições laborais específicas, pode influenciar diretamente nos índices de afastamento dos profissionais de saúde. Fatores como carga de trabalho excessiva, estresse ocupacional, falta de recursos adequados e condições de trabalho inadequadas podem contribuir para o aumento do absenteísmo (Guedes; Roza; Barros, 2012).

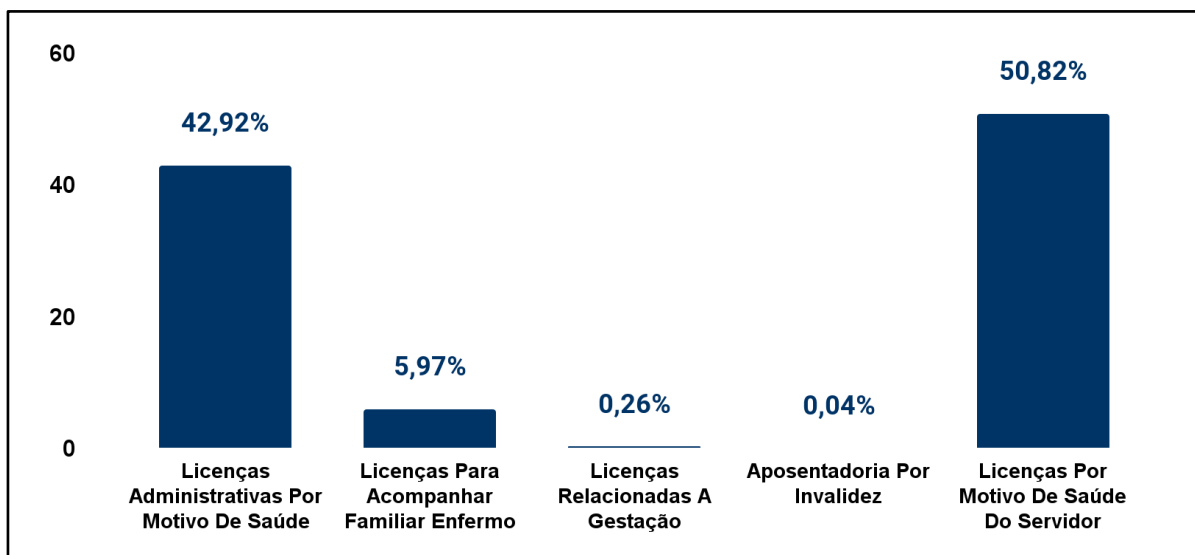
Ao se tratar do atendimento na atenção primária, os profissionais como médicos, farmacêuticos, enfermeiros, entre outros, estão sempre voltados para a produção de cuidados.

No entanto, esse comprometimento com o cuidado se apresenta como um desafio para a própria saúde desses profissionais, sofrendo inúmeros agravos.

Diversos fatores contribuem para o aumento dos afastamentos, desde a quantidade de pacientes atendidos, casos delicados e reivindicadores, até dilemas éticos e medo de contrair infecções. Além disso, as condições de trabalho, como escalas mal elaboradas, baixas remunerações, atritos com chefias e situações externas, como assaltos e estresse no trânsito, exercem pressão tanto no âmbito psicológico quanto físico do profissional. Essa complexidade do ambiente assistencial impacta diretamente na saúde dos profissionais que dedicam suas vidas ao cuidado dos outros (Nishide; Benatti; Alexandre, 2004).

A análise dos principais tipos de licenças dos trabalhadores de saúde alocados nas UBS do DF, apresentada no Gráfico 5, revela informações valiosas sobre o cenário de afastamentos. Além disso, foi realizado um detalhamento ao categorizar essas licenças de acordo com os capítulos da CID 10 no ano de 2022 (**Quadro 7**). Essa abordagem segmentada fornece uma compreensão mais aprofundada dos motivos específicos por trás dos afastamentos, contribuindo para estratégias mais direcionadas e eficazes na gestão da força de trabalho em saúde.

**Gráfico 5** - Percentual (%) de Licenças por Tipos de Licença dos Profissionais nas UBS do DF, no ano de 2022.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Nota: Dados disponibilizados pela Gerência de Produção e Informação em Saúde, no ano de 2022.

No decorrer de 2022, os servidores vinculados às Unidades Básicas de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal registraram 5.513 licenças relacionadas à saúde. Dentre esses afastamentos, 41,92% foram categorizados como afastamentos administrativos, enquanto 50,82% corresponderam a licenças médicas ou odontológicas para tratamento da saúde do servidor, sendo homologadas pela Subsaúde. O total de dias de afastamento homologados pela Subsaúde alcançou a marca de 58.748 dias. Esses números destacam a relevância do monitoramento dessas licenças para compreender os padrões de ausência e implementar estratégias eficazes de gestão de pessoal.

**Quadro 7** - Percentual (%) das Principais Licenças Por Capítulo da CID-10 nas Unidades Básicas de Saúde, 2022.

Capítulo da CID-10	Percentual das Licenças	Percentual de dias Afastados
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	17,40%	9,03%
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	16,38%	35,04%
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	11,52%	4,42%
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	12,26%	11,36%
Capítulo XXII - Códigos para propósitos especiais	11,61%	7,52%
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	7,40%	9,95%
Outros Capítulos da CID-10	23,13%	22,34%
Sem informação da CID-10 no SIGRH	0,33%	0,41%

Fonte: Autoria própria, 2023.

Nota: Dados disponibilizados pela Gerência de Produção e Informação em Saúde, no ano de 2022.

A Classificação Internacional de Doenças, comumente abreviada como CID-10, é uma classificação padronizada desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para categorizar diversas doenças e condições de saúde. A CID-10 fornece códigos alfanuméricos específicos para identificar e codificar diferentes doenças e problemas de saúde.

Cada código CID-10 corresponde a uma categoria específica de doença, transtorno ou condição médica. Essa classificação é amplamente utilizada em todo o mundo para registrar informações sobre saúde, epidemiologia, estatísticas de morbidade e mortalidade, além de ser fundamental para a prática médica, pesquisa e planejamento de políticas de saúde.

Os códigos CID-10 são compostos por uma letra seguida de números e, em conjunto, fornecem uma maneira sistemática de catalogar e comunicar informações sobre condições de saúde. Por exemplo, um código CID-10 comum é "I10", que se refere à hipertensão arterial essencial. Cada código específico da CID-10 é associado a uma descrição detalhada da condição correspondente (OMS, 1994).

A análise por Capítulo da CID-10 revela padrões interessantes em relação ao absenteísmo entre os servidores. O Capítulo I, abordando algumas doenças infecciosas e parasitárias, demonstrou o maior percentual de causas de afastamento, retendo 17.40% dos casos. Isso pode indicar que condições como infecções e doenças parasitárias têm impacto significativo na saúde dos trabalhadores. Seguida do Capítulo V, que trata de transtornos mentais e comportamentais, e do Capítulo XIII, responsável pelas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Por outro lado, ao considerar o total de dias de afastamento, o Capítulo V liderou em percentual. Isso sugere que, embora as condições infecciosas possam ser mais comuns em termos de número de casos, os transtornos mentais e comportamentais resultam em afastamentos mais prolongados.

O absenteísmo entre profissionais no DF devido a licenças médicas é evidenciado em dois estudos. Lemos *et al.* (2018), analisaram 2.501 profissionais de 18 unidades de saúde pública em uma Regional de Saúde do DF, revelando que 39% deles tiveram pelo menos uma licença médica, sendo transtornos mentais, comportamentais e doenças osteomusculares as principais causas de afastamento. Santana *et al.* (2021), focaram na equipe de enfermagem de um Pronto Socorro de um Hospital Público Escola do DF, encontrando que licenciamento médico e atestados médicos representaram 58% das ocorrências de absenteísmo. Fatores internos, como a falta de materiais e membros da equipe, constante cansaço e sobrecarga, além do trabalho com uma equipe reduzida, foram identificados como contribuintes para o absenteísmo. Esses resultados destacam a complexidade do impacto do absenteísmo, evidenciando não apenas a prevalência das condições de saúde, mas também a sua influência significativa na durabilidade das licenças médicas. Essa perspectiva mais abrangente reforça a importância de abordagens diferenciadas na gestão de saúde no ambiente de trabalho, considerando não apenas a frequência, mas também a extensão dos afastamentos, visando estratégias específicas para lidar com as diversas causas que contribuem para o absenteísmo. (Lemos *et al.*, 2018; Santana *et al.*, 2021).

Essa análise ressalta a importância de abordagens abrangentes para a saúde, considerando tanto as condições físicas quanto as questões relacionadas à saúde mental dos profissionais. Desta maneira, pode orientar estratégias de prevenção e gestão do absenteísmo de maneira mais eficaz.

## Considerações Finais

O estudo proporcionou uma compreensão aprofundada das implicações do absenteísmo entre os profissionais de saúde nas UBS do Distrito Federal. Ao analisar dados coletados pelo Programa Qualis-APS, destacou-se a necessidade crítica de atenção a esse desafio, enfatizando as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde na organização do trabalho e na superação de obstáculos estruturais. A análise regional evidenciou como a ausência de profissionais impacta diretamente nas operações diárias, ressaltando a urgência de medidas específicas para abordar as singularidades de cada localidade.

A pesquisa identificou uma lacuna significativa relacionada ao absenteísmo, revelando suas implicações prejudiciais na gestão e implementação de ações assertivas. A falta de informações detalhadas comprometeu a capacidade de análise aprofundada sobre as causas do absenteísmo, destacando a necessidade de estratégias eficazes. Além disso, o estudo ressaltou a complexidade do absenteísmo sob diversas perspectivas, incluindo aspectos socioeconômicos, político-ideológicos, socioculturais e psicossociais.

A indicação de estratégias abrangentes e adaptáveis são cruciais para mitigar os impactos do absenteísmo. Essas estratégias podem envolver iniciativas de apoio à saúde mental, reavaliação das condições de trabalho e implementação de medidas preventivas. A fragmentação das equipes, necessária para lidar com os desafios do afastamento, destaca a urgência de ações proativas e integradas para fortalecer a resiliência e eficácia das equipes de saúde. Essas conclusões fornecem uma base para o desenvolvimento de políticas e práticas que visem não apenas mitigar o absenteísmo, mas também fortalecer as equipes de saúde frente a esse cenário complexo, o que reforça a necessidade de outros estudos para investigar a fundo as causas e modo de superação desse absenteísmo dos profissionais de saúde da APS no DF.

## Referências

CAMPOS, Priscila Cintra *et al.* Projeto de intervenção para organização geral da unidade básica de saúde flamengo: a importância do prontuário para a atenção básica em saúde. 2020.

CARDOSO, A. C.; MORGADO, L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: ensinamentos da Enquete Europeia sobre Condições de Trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 169–181, mar. 2019.

CHIAVENATO I. Subsistema de provisão de recursos humanos. Recursos humanos, 3 ed. São Paulo: **Atlas**, 2009. p.145-173.

CRISTINA E. I.; M. MOURA, G.; M. MAGALHÃES, A.; PIOVESAN, R. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista**

**GAÚCHA DE ENFERMAGEM**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 65, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/4287>. Acesso em: 26 jun. 2023.

DALPOZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1924-1926, 2013.

Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 2015;

FEIJÃO, Alexsandra Rodrigues; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev Rene**, v. 8, n. 2, p. 41-49, 2007.mina

FREITAS, G. F. DE *et al.* ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 103–123, 16 jan. 2021.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963–1970, jun. 2018.

GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Monica Maria Raphael; BARROS, Maria Elizabeth Barros de Barros. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. **Cad. saúde coletiva.**,(Rio J.), 2012.

JACKSON FILHO, José Marçal. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. **Production**, v. 14, p. 58-66, 2004.

HIRSCHLE, A. L. T.; GONDIM, S. M. G. Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2721–2736, jul. 2020.

KIVIMÄKI M, HEAD J, FERRIE JE, SHIPLEY MJ, VAHTERA J, MARMOT MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. **BMJ**. 2003 Aug 16.

LEMOS, Diogo Sousa *et al.* Absenteísmo-doença entre servidores públicos do setor saúde do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 3, p. 336-345, 2018.

LIMA, Amanda de Souza; FARAH, Beatriz Francisco; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 283-304, 2017.

MARTINATO, M. C. N. B. *et al.* Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 160–166, mar. 2010.

Ministério da Saúde. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 17 jul. 2023.

MUNARI, Denize Bouttelet; LUCCHESI, Roselma; MEDEIROS, Marcelo. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. 2009.

NISHIDE, Vera Médice; BENATTI, Maria Cecília Cardoso; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 204-211, 2004.

OLIVEIRA, R. D. DE *et al.* Afastamento do trabalho em profissionais de enfermagem por etiologias psicológicas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 4, p. 554-562, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2019. Síndrome de burnout é detalhada em classificação internacional da OMS.)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1.** Edusp, 1994.

QUALIS-APS - Cadernos QualisAps -Metodologia da avaliação da Atenção - Primária à Saúde do Distrito Federal - Volume I, 2022.

QUALIS-APS -Cadernos QualisAps - Metodologia da Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, 2021.

RODRIGUES, L. F.; ARAÚJO, J. S. Absenteísmo entre os trabalhadores de saúde: um ensaio à luz da medicina do trabalho. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 05, 7 ago. 2016.

SANCINETTI, Tania Regina *et al.* Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1277-1283, 2009

SANTANA, Leni de Lima *et al.* Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 2016.

SANTANA, Nayara Pereira *et al.* Avaliação do absenteísmo da equipe de enfermagem no contexto hospitalar de um pronto socorro público. **REVISA (Online)**, p. 583-595, 2021.

SILVA, Terezinha Rodrigues *et al.* Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 180-189, 2006.

SILVEIRA ALP, *et al.* Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. **Rev. Brasileira de Medicina do Trabalho**, 2018; 14(3): 275-84.)



SOARES, Cilene Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. e1630016, 2018.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi eficaz ao alcançar seus objetivos, proporcionando uma compreensão mais aprofundada das principais ações de saúde impactadas pelo absenteísmo entre os profissionais das UBS do Distrito Federal. Os dados revelam claramente a necessidade de atenção a esse desafio, evidenciando como as equipes precisam se desdobrar para enfrentar os problemas decorrentes do afastamento de alguns profissionais.

Merece reflexão, a constatação de que a ausência de adequada substituição para profissionais, como médicas e enfermeiras, que se afastam de suas funções devido à licença maternidade ou por motivos relacionados à gravidez, resulta em sobrecarga para a equipe e na interrupção de atividades cotidianas. Essa problemática levanta indagações pertinentes sobre a possibilidade de essa ausência de substituição ser uma prática recorrente em outros cenários de afastamento profissional, comprometendo a estrutura e desempenho da equipe como um todo.

Adicionalmente, é relevante destacar que as medidas adotadas pelas equipes para preservar a continuidade das atividades e cumprir suas obrigações, diante da falta de substituição adequada, são, em sua maioria, paliativas. Essas ações, embora proporcionem alívio momentâneo à situação imediata, não possuem a capacidade de abordar integralmente o problema em sua raiz. Como consequência, tais medidas paliativas podem resultar em prejuízos significativos à qualidade dos serviços prestados, bem como à saúde dos trabalhadores, evidenciando a necessidade premente de estratégias mais abrangentes e sustentáveis para gerenciar as ausências e garantir a continuidade operacional de maneira eficaz. A consideração desses aspectos é crucial para promover um ambiente de trabalho saudável e produtivo, com impactos positivos tanto na qualidade do serviço quanto no bem-estar dos profissionais envolvidos.

O estudo oferece uma contribuição significativa para a compreensão do fenômeno do absenteísmo na APS ao detalhar as respostas do PAQ. Notavelmente, o absenteísmo não especificado, identificado como o principal desafio pelas equipes, têm implicações diretas na gestão, prejudicando a implementação de ações assertivas. Destacando como a falta de informações detalhadas compromete a capacidade de realizar análises mais aprofundadas sobre as causas do absenteísmo e a formulação de estratégias eficazes. A pesquisa oferece informações valiosas para compreender o comportamento das equipes, permitindo a implementação de medidas mais direcionadas e eficazes para enfrentar o desafio do absenteísmo. Esse direcionamento tem o potencial de impactar positivamente a qualidade dos serviços oferecidos à população.

As descobertas deste estudo sobre o absenteísmo na APS têm amplas implicações no contexto atual do campo da Saúde Coletiva e em questões relevantes na sociedade. Este tema transcende disciplinas e pode ser abordado em diversas áreas, incluindo Epidemiologia, Ciências Humanas e Sociais em Saúde, Sistemas e Serviços de Saúde, Ambiente e Saúde, Políticas de Saúde, entre outras.

Dentro desse contexto multidisciplinar, o estudo destaca a complexidade do absenteísmo e sua análise sob diversos aspectos, como socioeconômicos, político-ideológicos, socioculturais e psicossociais. Ao se considerar um tema contemporâneo, como é o absenteísmo na APS, ressalta-se a importância de uma atenção mais detalhada e uma exploração aprofundada desse fenômeno.

Além disso, o campo da Saúde do Trabalhador é identificado como um domínio crucial de práticas e saberes na Saúde Coletiva, especialmente no contexto brasileiro. A base teórico-metodológica desse campo emerge da necessidade de compreender e intervir nas complexas relações entre trabalho e saúde-doença, com destaque para a classe operária industrial. As transformações políticas, econômicas e sociais na sociedade têm contribuído para moldar esse campo de estudo.

No âmbito educacional, destaca-se a importância de preparar os estudantes da Saúde Coletiva para lidar com os desafios que afetam os serviços de saúde. Isso inclui não apenas o entendimento dos obstáculos, mas também a capacidade de buscar respostas e compreender o funcionamento das políticas públicas no contexto do sistema de saúde. Os futuros profissionais da saúde são instigados a entender o papel das políticas públicas e seu impacto nas decisões dos gestores, contribuindo assim para a melhoria do sistema de saúde como um todo.

Diante disso, este estudo não apenas identifica as áreas críticas afetadas pelo absenteísmo, mas também destaca a urgência de ações proativas e integradas para enfrentar esse desafio crescente nas UBS do Distrito Federal. Essas conclusões fornecem uma base sólida para o desenvolvimento de políticas e práticas que visem não apenas mitigar o absenteísmo, mas também fortalecer a resiliência e eficácia das equipes de saúde frente a esse cenário complexo.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, p. 407–427, set. 2015.
- ARAÚJO, Lilianny Pereira De Pinho. Estudo do absenteísmo de trabalhadores de Unidade de Saúde de Brasília-DF. 2014.
- AZEREDO, Catarina Machado *et al.* Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 743-753, 2007.
- BARBOSA, J. A. *et al.* O estresse no profissional de enfermagem. **Artigo**, [internet], 2010.
- BASTOS, Maria Luiza Almeida *et al.* Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 53-59, 2018.
- BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho: aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 8 novembro, 2016, de <http://www.previdencia.gov.br/arqui>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo PMAQ (2015).
- BRASIL.. Nacional, I. **PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023 - DOU - Imprensa Nacional**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou>>. Acesso em: 17 jul. 2023.
- BRASÍLIA, DF: Senado, 1988. . Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- BRASÍLIA, DF: Presidente da República, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.
- BREY, Christiane *et al.* O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.
- CAMPOS, Priscila Cintra *et al.* Projeto de intervenção para organização geral da unidade básica de saúde flamengo: a importância do prontuário para a atenção básica em saúde. 2020.
- CARDOSO, A. C.; MORGADO, L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: ensinamentos da Enquete Europeia sobre Condições de Trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 169–181, mar. 2019.

CASTELO BRANCO DE OLIVEIRA, Ana Livia *et al.* Presenteísmo, fatores de risco e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 1, p. 79-87, 2018.

CASTRO JL, et al. Saúde do trabalhador e Condições de Trabalho em Saúde nas Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil [Internet]. Relatório de Pesquisa. Rede Observa RH. Estação de Trabalho Observatório RH-UFRN; 2018. Disponível em: [www.observatoriorh.ufrn](http://www.observatoriorh.ufrn).

CASTRO, Janete Lima de; PONTES, Haroldo Jorge de Carvalho. A Importância do Trabalhadores da Saúde no Contexto Covid-19. 2021.

CHIAVENATO I. Subsistema de provisão de recursos humanos. Recursos humanos, 3 ed. São Paulo: **Atlas**, 2009. p.145-173.

CORRÊA, D. S. R. C. *et al.* Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2031–2041, 27 jun. 2019.

CRISTINA E. I.; M. MOURA, G.; M. MAGALHÃES, A.; PIOVESAN, R. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, p. 57–63, fev. 1988.  
DALPOZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1924-1926, 2013.

**Decreto 37515 de 26/07/2016.** Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/05990c188e6a4778860953ca699e356e/Decreto\\_37515\\_26\\_07\\_2016.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/05990c188e6a4778860953ca699e356e/Decreto_37515_26_07_2016.html). Acesso em: 17 jul. 2023.

Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 2015;

DUARTE, Elisete; EBLE, Laeticia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e00100018, 2018.

FARIA, J. H. DE; RAMOS, C. L. Tempo dedicado ao trabalho e tempo livre: os processos sócio-históricos de construção do tempo de trabalho. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, v. 15, p. 47–74, ago. 2014.

FEIJÃO, Alessandra Rodrigues; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev Rene**, v. 8, n. 2, p. 41-49, 2007.mina

FREITAS, G. F. DE *et al.* ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 103–123, 16 jan. 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, p. e20220028, 26 ago. 2022.

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

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963–1970, jun. 2018.

GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Monica Maria Raphael; BARROS, Maria Elizabeth Barros de Barros. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. **Cad. saúde coletiva**, (Rio J.), 2012.

HIRSCHLE, A. L. T.; GONDIM, S. M. G. Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2721–2736, jul. 2020.

JACKSON FILHO, José Marçal. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. **Production**, v. 14, p. 58-66, 2004.

KIVIMÄKI M, HEAD J, FERRIE JE, SHIPLEY MJ, VAHTERA J, MARMOT MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. **BMJ**. 2003 Aug 16.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katálysis**, v. 14, p. 78–85, jun. 2011.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867–874, dez. 2011.

LEÃO, A. L. DE M. *et al.* Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 262–277, mar. 2015a.

LEMOS, Diogo Sousa *et al.* Absenteísmo-doença entre servidores públicos do setor saúde do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 3, p. 336-345, 2018.

LIMA, Amanda de Souza; FARAH, Beatriz Francisco; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 283-304, 2017.

MARTINS, Natália Regina Alves Vaz. Análise do absenteísmo por doença em uma unidade de urgência e emergência do Hospital Universitário de Brasília. 2016.

MARTINATO, M. C. N. B. *et al.* Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 160–166, mar. 2010.

MATTA, Gustavo Corrêa *et al.* Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. 2007.

Mattos TM. Visita domiciliar. In: Kaompson R; Santos MCH dos; Mattos TM de. Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU; 1995. p.35-38.

**Ministério da Saúde.** Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 17 jul. 2023.

MUNARI, Denize Bouttelet; LUCCHESI, Roselma; MEDEIROS, Marcelo. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. 2009.

NAZARÉ, Gabriela de Carvalho Braga *et al.* A importância da busca ativa do enfermeiro na atenção primária para prevenção do câncer de colo uterino. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 39, p. e2066-e2066, 2020.

NISHIDE, Vera Médice; BENATTI, Maria Cecília Cardoso; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 204-211, 2004.

OIT - Organização Internacional do Trabalho. Convenção nº 161 - OIT, promulgado pela República Federativa do Brasil.

OLIVEIRA, R. D. DE *et al.* Afastamento do trabalho em profissionais de enfermagem por etiologias psicológicas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 4, p. 554-562, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 2019. Síndrome de burnout é detalhada em classificação internacional da OMS.)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1.** Edusp, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma Ata. [Site da Internet] 2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

PAIVA, A. G. Absenteísmo em um hospital público em tempos de pandemia. 2022. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Núcleo de Saúde Pública, Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública/FIOCRUZ, Curso de Especialização em Saúde Pública, com ênfase na Interprofissionalidade, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021.

PARKER, M.; SLAUGHTER, J. Unions and management by stress. In: BABSON, S. (Org.). *Lean work: empowerment and exploitation in the global auto industry.* Detroit: Wayne State University Press, 1995. p. 41-53.

PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 39, p. 150–160, dez. 2014.

PINTO, Isabela Paranhos. Análise e modelagem de dados de afastamento do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos federais. 2018.

POÇAS, Katia Crestine. Avaliação da atenção primária à saúde no Distrito Federal. 2018. POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS); Livro, Ministério da Saúde, 2018, Ministério da Saúde.

POSSA, Miriam Maria Gonçalves Chaves *et al.* Absenteísmo na Atenção Primária à Saúde em um município de grande porte: perspectivas da equipe de enfermagem. 2021.

QUALIS-APS - Cadernos QualisAps -Metodologia da avaliação da Atenção - Primária à Saúde do Distrito Federal - Volume I, 2022.

QUALIS-APS -Cadernos QualisAps - Metodologia da Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, 2021.

**REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 65, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngen/article/view/4287>. Acesso em: 26 jun. 2023.

RODRIGUES, L. F.; ARAÚJO, J. S. Absenteísmo entre os trabalhadores de saúde: um ensaio à luz da medicina do trabalho. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 05, 7 ago. 2016.

RODRIGUES, André Wagner Dantas *et al.* Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 1060-1074, 2021.

SALA, A. *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2168–2178, out. 2009.

SALES, Orcélia Pereira *et al.* O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SANCINETTI, Tania Regina *et al.* Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1277-1283, 2009.

SANTANA, Leni de Lima *et al.* Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 2016.

SANTANA, Nayara Pereira *et al.* Avaliação do absenteísmo da equipe de enfermagem no contexto hospitalar de um pronto socorro público. **REVISA (Online)**, p. 583-595, 2021.

SANTANA, Samuel Martins. Saúde ocupacional: um estudo descritivo dos afastamentos laborais dos profissionais em saúde lotados no Hospital Regional de Taguatinga no ano 2013. 2015.

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, **Portaria 131 de 14/04/2023**. Disponível em:



<[https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/e123814ca00749938b09efa5338a8037/ses\\_prt\\_131\\_2023.html#art19](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/e123814ca00749938b09efa5338a8037/ses_prt_131_2023.html#art19)>. Acesso em: 9 out. 2023.

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, **plano distrital de saúde 2020-2023**. Disponível em: <[https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1120488/2020\\_06\\_01\\_PDS-2020-2023\\_Aprovada\\_CSDF\\_v\\_publicizada.pdf](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1120488/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf)>. Acesso em: 5 out. 2023.

SILVA, Gabriel de Nascimento. (Re) conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 51-61, 2019.

SILVA, Terezinha Rodrigues *et al.* Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 180-189, 2006.

SILVEIRA ALP, *et al.* Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. *Rev. Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2018; 14(3): 275-84.)

SIMÕES, M. R. L.; ROCHA, A. D. M.; SOUZA, C. Fatores associados ao absenteísmo-doença dos trabalhadores rurais de uma empresa florestal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 718–726, ago. 2012.

SOARES, Cilene Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. e1630016, 2018.

TELES, Figueiredo Inês Dolores *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 27-38, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.

WILKINSON, M., Gray, A. L., Wiseman, R., Kredt, T., Cohen, K., Miot, J., ... & Wilkinson, T. Health Technology Assessment in Support of National Health Insurance in South Africa. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 38, n. 1, 2022.