

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

**AFASTAMENTO POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE
MILITARES DO EXÉRCITO EM SERVIÇO NO ESTADO DO
AMAZONAS, 2001 - 2011**

BÁRBARA DE OLIVEIRA TURATTI

**MANAUS
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

BÁRBARA DE OLIVEIRA TURATTI

**AFASTAMENTO POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE
MILITARES DO EXÉRCITO EM SERVIÇO NO ESTADO DO
AMAZONAS, 2001 - 2011**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará e Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane – Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

Co-orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires

**MANAUS
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

T929a

Turatti, Bárbara de Oliveira.

Afastamento por problemas de saúde de militares do exército em serviço no Estado do Amazonas, 2001-2011. / Bárbara de Oliveira Turatti. - Manaus: UFAM/FIOCRUZ/UFPA, 2012.

64f.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – UFAM/FIOCRUZ/UFPA, 2012.

Orientador: Prof^a Dra. Jacirema Ferreira Gonçalves.

Co-orientador: Prof^o. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires.

1. Saúde do Trabalhador 2. Absenteísmo 3. Doenças profissionais 4. Militares – Exército brasileiro I. Título

CDU 613.6:355.48(811.3)(043.3)

BÁRBARA DE OLIVEIRA TURATTI

**AFASTAMENTO POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE
MILITARES DO EXÉRCITO EM SERVIÇO NO ESTADO DO
AMAZONAS, 2001 - 2011**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará e Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane – Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

_____ em 28 de fevereiro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves
Universidade Federal do Amazonas

Prof^a. Dr^a. Ana Cyra dos Santos Lucas
Universidade Federal do Amazonas

Prof^a. Dr^a. Nair Chase da Silva
Universidade Federal do Amazonas

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

À Deus, à Jesus e aos meus protetores, minha gratidão eterna.

Ao meu pai Carlos Augusto e à minha mãe Ana Cláudia que me criaram com muito amor e me ensinaram a lutar sempre pelos meus objetivos, o que me fez chegar até onde cheguei.

Às minhas irmãs Beatriz e Ana Clara que são minhas companheiras e sempre torceram pelo meu sucesso.

Ao meu amado marido Felipe que me trouxe a felicidade plena em estar ao seu lado. Obrigada por compreender as minhas ansiedades e me confortar com seu carinho insubstituível.

À minha orientadora, Prof^a Jacirema, pela dedicação e paciência com as quais me orientou e incentivou na realização deste trabalho, sendo para mim um exemplo de competência.

Ao meu co-orientador Prof Rodrigo, que com sua atenção e amizade minimizou a tensão da pesquisa, me guiando todo o tempo.

Aos mestres que ao longo do curso trouxeram conhecimentos imprescindíveis para a elevação do nível da minha formação.

Aos amigos que contribuíram para a conclusão desta jornada.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos casos de afastamento por motivo de doença dos militares do Exército em serviço no estado do Amazonas e testar se as causas desses afastamentos no período de 2001 a 2011 estão associadas à categoria profissional do militar. **Método:** estudo epidemiológico de dados retrospectivos de afastamentos de militares em serviço no estado do Amazonas, registrados na seção de perícias médicas. Os dados foram organizados por caso de afastamento, causas conforme a CID-10 e ano de ocorrência. As variáveis foram: idade, sexo, naturalidade e motivo do afastamento, as quais são apresentadas anualmente (número e percentual, estratificando conforme a patente militar e o tempo de afastamento). A associação entre as variáveis categóricas e a patente do militar (praça e oficial), foi testada pelo qui-quadrado de Fisher; as diferenças de médias foram testadas pelo teste t-Student, considerando significância $\leq 5\%$. A diferença percentual foi calculada pela variação percentual por capítulo da CID, conforme a primeira e a segunda metade do período (2001-2006 e 2007-2011) e o total (2001-2011). **Resultados:** Dos 4146 casos de afastamentos por licença médica, 3455 (83,3%) eram praças com média de tempo de afastamento de 26,9 dias (desvio padrão=0,31) e 691 (16,6%) oficiais com média de 29,7 dias (desvio padrão=0,9). A maioria dos afastamentos entre os praças ocorreu na faixa etária de 18 a 29 anos (52,5%), naturalidade no estado do Amazonas (50,3%) e de 1 a 30 dias no sexo masculino (97,5%). Para os oficiais a maioria dos afastamentos ocorreu na faixa etária de 30 a 39 anos (38,9%) seguidos daqueles com idade ≥ 50 anos (31,7%), naturalidade no estado do Rio de Janeiro (20,8%) e tempo de afastamento >30 dias. As principais causas de afastamentos entre os praças foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (41,4%) e entre os oficiais foram os transtornos mentais e comportamentais (23,3%). A variação percentual mostra crescimento dos afastamentos por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; e redução dos casos de convalescença. **Conclusão:** Os resultados deste estudo permitem visualizar o perfil dos casos de afastamento em militares do Exército e a associação que existe entre as causas de adoecimento e a patente, confirmando a hipótese de que as diferenças quanto às causas e o tempo de afastamento ocorrem de acordo com a patente, refletida pelas atividades desenvolvidas em cada uma das categorias profissionais de militares.

Palavras-chave: Absenteísmo; Licença Médica; Saúde do Trabalhador; Militares; Doenças profissionais;

ABSTRACT

Objective: To describe cases of absence due to illness of the Military personnel in the state of Amazonas and test if these medical leaves in the period of 2001 and 2011 are associated to their professional military category. **Method:** epidemiological study of retrospective data from medical leaves of the military personnel in the state of Amazonas, registered at the medical inspection section. All the data was organized by leave causes, according to CID-10 causes and year of occurrence. The variables were: age, sex, place of birth and medical leave motive which are presented annually (number and percentage, stratified according to military ranks and the time of sick leave). The association between the categorical variables and military ranks (officers and non commissioned officers) was tested by chi-square Fisher test; the variance in means were tested by the t-Student test, considering significance $\leq 5\%$. The percentage difference was calculated by the percentage variation by chapter according to the first and the second half of the period (2001-2006 and 2007-2011) and the total (2001-2011). **Results:** Among the 4146 cases reported of medical leave, 3455(83,3%) were non commissioned officers with a time leave average of 26,9 days (standard deviation = 0,31) and 691 (16,6%) officers with an average of 29,7 days (standard deviation = 0,9). Most of the leaves among the non commissioned officers occurred between ages of 18 and 29 (52,5%), naturalness of Amazonas (50,3%), 1 to 30 days in males (97,5%) and > 30 days in females (5,4%). Most of the officers' leaves occurred between ages of 30 and 39 (38,9%) followed by those with age above 50 (31,7%), natural from Rio de Janeiro state (20,8%) and medical leave time > 30 days. The main causes of sick leave among sergeants were musculoskeletal and connective tissue disorders (41,4%) and among officers were mental and behavioral disorders (23,3%). The percentage variation shows a growth of the leave's causes from musculoskeletal and connective tissue disorders and summarized convalescence. **Conclusion:** The results of this study allow us to visualize the profile of the cases of sick leave among military personnel and the association that exists between illness' causes and military ranks, confirming the hypothesis that particular characteristics from each group activities are related to specific correlated illness occurrences.

Keywords: Absenteeism; Sick Leave; Occupational Health; Military Personnel; Occupational diseases.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Interstício mínimo entre cada posto para promoção de oficiais militares do exército.....	25
Figura 2 - Interstício mínimo entre cada posto/graduação para promoção de praças entre os militares do exército	26
Tabela 1 - Causas de afastamentos de militares por ano e total, com a variação percentual entre os períodos	34
Tabela 1 - Características dos militares afastados por motivo de doença, conforme tempo de afastamento e patente, Amazonas, Brasil, 2001-2011.	41
Tabela 2 - Distribuição dos motivos de licença médica dos militares em serviço, Amazonas, Brasil, 2001-2011.	42
Tabela 3 - Causas de afastamentos mais frequentes entre os militares em serviço, Amazonas, Brasil, 2001-2011.	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10 ^a . Revisão
CMA	Comando Militar da Amazônia
Dort	Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho
EB	Exército Brasileiro
Fusex	Fundo de Saúde do Exército
Gen Bda	General de Brigada
Gen Div	General de Divisão
HMAM	Hospital Militar de Área de Manaus
JISG	Junta de inspeção de saúde de guarnição
LER	Lesão por esforço repetitivo
LTS	Licença para tratamento de saúde
OM	Organização Militar
OMS	Organização Militar de Saúde
QCM	Quadro de Capelães Militares
QCO	Quadro Complementar de Oficiais
QEM	Quadro de Engenheiros Militares
QMB	Quadro de Material Bélico
SAMMED	Sistema de Atendimento Médico Hospitalar aos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus dependentes
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
Sv Sau	Serviço de Saúde
Sv Int	Serviço de Intendência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 REVISÃO DE LITERATURA	19
4.1 Saúde do Trabalhador	19
4.2 Absenteísmo	22
4.3 Serviço Militar do Exército	24
5 MÉTODOS.....	29
5.1 Tipo de Estudo	29
5.2 População de Estudo.....	29
5.3 Coleta e registro de dados.....	30
5.4 Variáveis de Estudo	30
5.5 Critérios de inclusão	31
5.6 Análise de dados	31
5.7 Aspectos éticos	32
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
6.1 ARTIGO – “A patente do militar e sua relação com o absenteísmo por motivo de doença”	36
Discussão	43
7 CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
APÊNDICE	54
APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados	55
ANEXOS	56
ANEXO A – Autorização do acesso aos dados da Seção de Perícias Médicas pelo Diretor do Hospital Militar de Área de Manaus	57
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas	59
ANEXO C – Normas de Submissão e Avaliação de Manuscritos da Revista Brasileira de Epidemiologia.....	61

APRESENTAÇÃO

A mestranda atuou como pesquisadora no referido projeto desenvolvido no período de 2011 a 2013 e foi financiada com bolsa pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM.

A dissertação aqui apresentada está formatada no padrão da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), conforme Guia para normatização de teses e dissertações (BARBALHO; MORAES, 2003) e foi organizada em capítulos referentes a introdução, justificativa, objetivos, revisão de literatura, métodos, resultados e discussão, conclusão e referências bibliográficas.

Na introdução apresenta-se a contextualização do absenteísmo por motivo de doença, os aspectos relacionados à organização do serviço militar do Exército, às atribuições de seus profissionais e a estrutura de assistência a saúde existente no país e especificamente na Amazônia Ocidental. Neste capítulo foi exposto também, o funcionamento da seção de perícias médicas responsável pelas inspeções de saúde dos militares no Estado do Amazonas.

Na justificativa visualiza-se os motivos de escolha do tema e os objetivos apresentam o foco principal deste estudo e a hipótese de que as causas de afastamento estejam relacionadas à categoria profissional do militar, se praça ou oficial.

No capítulo de revisão de literatura, aprofunda-se nos tópicos de saúde do trabalhador, absenteísmo e serviço militar do exército.

Os métodos explicitam detalhadamente o aspecto prático do estudo, destacando-se, como esta dissertação é apresentada em forma de artigo, temos uma seção de métodos em geral, e uma seção de métodos dentro do artigo que se encontra na seção de resultados.

O capítulo de Resultados e Discussão é apresentado em forma de artigo intitulado “A patente do militar e sua relação com o absenteísmo por motivo de doença”, referente ao

objetivo de descrever o perfil dos casos de afastamento por motivo de doença dos militares do Exército em serviço no estado do Amazonas, no período de 2001 a 2011 e relacionar com a categoria profissional do militar. Este artigo está formatado para Revista Brasileira de Epidemiologia. Apresentamos também as causas de afastamentos de militares por ano e total, com a variação percentual entre os períodos de 2001 a 2006, 2007 a 2011 e 2001 a 2011.

A dissertação apresenta uma conclusão geral na qual se apontam os principais achados e são feitas considerações a cerca da realização de novos estudos a partir desta temática.

1 INTRODUÇÃO

O absenteísmo configura-se pela ausência do trabalhador em seu serviço, de caráter previsível como as férias, folgas e feriados e imprevisível, decorrente de licenças médicas, licenças maternidade ou paternidade, acidentes de trabalho, participação em cursos de qualificação, entre outros (RIBEIRO, 2006). O afastamento por motivo de problemas de saúde é altamente frequente entre os servidores públicos em geral, sendo desencadeado por fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalho. No entanto, o primeiro fator é mais recorrente devido ao desgaste físico e mental no desempenho de suas funções e às dificuldades de relacionamento interpessoal (MARRAS, 2000).

A profissão militar inicia-se, para a maioria de seus profissionais (oficiais e graduados), em escolas cujo ingresso é feito mediante concurso público de âmbito nacional. Ao exame de escolaridade associam-se exames médicos, de aptidão física e psicológica. O militar corresponde a uma categoria profissional de servidores públicos, porém não usufrui de alguns direitos trabalhistas, de caráter universal, que são assegurados aos trabalhadores, como remuneração do trabalho noturno superior à do trabalho diurno, jornada de trabalho diário limitada a oito horas, obrigatoriedade de repouso semanal remunerado e remuneração de serviço extraordinário, devido a trabalho diário superior a oito horas diárias, conforme previsto no Artigo 7º da Constituição Federal de 1988.

O militar do Exército brasileiro tem de obedecer a inúmeras normas disciplinares e a princípios hierárquicos descritos na Lei do Serviço Militar de 1964, que condicionam a sua vida pessoal e profissional. Durante toda a sua carreira, o militar convive com riscos decorrentes dos treinamentos a que é submetido, na sua vida diária ou em situação de guerra. A possibilidade iminente de um dano físico ou da morte é um fato permanente de sua profissão. O exercício da atividade militar, por natureza, exige o comprometimento da própria

vida, gerando estresse, periculosidade perene e muitas vezes situações adversas insalubres.

Especialmente quando em serviço na região da Amazônia, o militar do Exército está exposto a vários riscos conforme previsto pelo Manual de Sobrevivência na Selva (1999), onde exerce poder de polícia na região de fronteira e está envolvido em inúmeras operações de reconhecimento e defesa no interior da Selva Amazônica. Além disso, durante suas atividades ocorre a exposição constante a diversas doenças infecciosas e parasitárias endêmicas em regiões de clima tropical, como as hepatites, leishmaniose, dengue, malária, dentre outras. A permanência em ambientes de selva também os torna vulneráveis aos acidentes com animais peçonhentos.

Embora a maioria dos militares seja do sexo masculino, o que pressupõe mais resistência física e mais força muscular, comparado às mulheres, para suportar os danos causados à saúde decorrentes do trabalho, a descrição acima aponta para situação de vulnerabilidade no trabalho a qual os militares estão expostos, e há que se esperar, de fato, que ocorram adoecimentos e agravos à saúde do trabalhador militar.

Dessa forma, percebe-se que as atribuições que o militar desempenha, não só por ocasião de eventuais conflitos, para os quais deve estar sempre preparado, mas, também, no tempo de paz, exigem-lhe elevado nível de saúde física e mental. Para isso, a corporação militar necessita de um sistema de saúde estruturado e capacitado a atender suas demandas específicas, as quais certamente se diferenciam da população em geral, que não está exposta constantemente aos mesmos riscos dos militares.

A Assistência a Saúde sob forma ambulatorial ou hospitalar, é prevista no Estatuto dos Militares, como direito do militar da ativa ou da reserva (aposentados) e de seus dependentes, bem como dos pensionistas nas condições e limitações impostas na legislação e regulamentação específicas. Esta assistência é prestada pelas organizações de saúde militar e civil, sendo esta última mediante convênio ou contrato.

Na Amazônia Ocidental, o militar do exército conta com o serviço de saúde prestado pelo Hospital Militar de Área de Manaus (HMAM), localizado na capital do Estado do Amazonas, sendo esta a organização, referência para tratamento de saúde dos militares em serviço no Amazonas e em estado vizinhos, apoiando os Hospitais de Guarnição de Porto Velho, São Gabriel da Cachoeira e de Tabatinga, além dos Postos Médicos de Guarnição de Boa Vista, Cruzeiro do Sul, Rio Branco, Tefé e Yauaretê. Portanto, é um hospital de referência, o qual recebe os casos médicos de maior complexidade, que necessitam de recursos técnicos inexistentes nas áreas de referência do HMAM.

Desde o ano de 1953, o HMAM presta atendimento médico-hospitalar, odontológico e laboratorial aos militares da ativa e da reserva, pensionistas e servidores civis do Exército, além de militares da Marinha, da Força Aérea e respectivos dependentes, totalizando mais de 60 mil usuários. Dispõe de Serviço de Perícias Médicas, Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Laboratório, Unidade de Apoio ao Diagnóstico, Unidade de Pacientes Internos, Unidade de Pacientes Externos (ambulatório) e Odontoclínica.

No âmbito do Exército, as inspeções de saúde constituem perícias médicas, realizadas por uma junta de inspeção de saúde ou por um médico perito, destinadas a verificar o estado de saúde física ou mental de seus inspecionados, conforme as Instruções Reguladoras das Perícias Médicas no Exército (2004). Dessa forma, quando o militar adoecer, este passa por uma inspeção que pode originar a emissão de um parecer de afastamento temporário ou definitivo, sendo este último referente aos casos de invalidez. Também pode ocorrer o retorno do militar ao trabalho com restrições adaptativas, tais como o impedimento de realizar exercícios físicos em geral ou apenas evitar esforço em algum membro, o não manuseio de certos produtos irritantes e a não exposição ao sol. No caso do militar, estar afastado de atividades físicas equivale à estar inapto para participação em marchas, formaturas e serviços de 24 horas de permanência no quartel.

Em cada organização militar (OM) é nomeado um médico perito que tem a função de realizar inspeções de saúde dos militares em serviço em seu quartel, podendo conceder licenças para tratamento de saúde de no máximo trinta dias, incluindo as prorrogações. Nos casos mais complexos ou quando as licenças forem superiores a 30 dias é obrigatório o encaminhamento do militar às juntas de inspeção de saúde que funcionam preferencialmente em organizações militares de saúde (OMS) e são responsáveis pelo controle das licenças para tratamento de saúde (LTS) dos militares, providenciando a publicação em boletim interno regional e informando à OM do interessado, quanto aos prazos e condição de saúde do militar.

De acordo com o artigo 34 das Instruções Reguladoras das Perícias Médicas no Exército aprovada pela Portaria Departamento Geral do Pessoal no. 042 de 12 de abril de 2004, os membros das juntas de inspeção de saúde e os médicos peritos, sempre que se fizer necessário, poderão solicitar exames complementares, laudos médicos e odontológicos especializados ou a internação hospitalar do inspecionado, visando complementar as suas avaliações e emitir os pareceres técnicos.

Os registros dos casos de afastamento ou restrição são encaminhados para a seção de perícias médicas da organização militar de saúde (OMS) de cada região militar, que procede a revisão das licenças, o arquivamento dos dados e a confecção dos relatórios.

No Estado do Amazonas, a seção de perícias médicas e a junta de inspeção de saúde de guarnição (JISG) estão localizadas no Hospital Militar de Área de Manaus que centraliza as perícias médicas realizadas em todos os militares em serviço nesta região, sendo constituída por três oficiais médicos do Exército, conforme previsto na Portaria no. 042 de 2004.

O Livro-Registro de Atas de Inspeção de Saúde é lavrado por um dos médicos da seção, sendo que todos assinam inclusive o presidente da junta quando da conferência periódica dos registros. No HMAM, esses livros são armazenados em dois armários dispostos

em uma sala reservada dentro da seção de inspeção de saúde. A documentação da seção de perícias referente a atestados médicos, cópias de exames comprobatórios, cópias de ofícios enviados aos quartéis da região informando o afastamento do militar e cópias dos boletins internos constando da publicação da dispensa do militar inspecionado ficam nesta mesma sala citada acima, em prateleiras devidamente identificadas.

Devido às atividades diferenciadas que o militar do Exército desempenha quando em serviço no Estado do Amazonas, acreditamos ser alto o número de casos de adoecimento provenientes do desgaste físico e mental a que estes são submetidos.

Em observação empírica são detectados casos recorrentes de internação de militares do Exército no Hospital Militar de referência da Corporação na região da Amazônia. Tais internações muitas vezes são motivadas por problemas ocupacionais. Isto gerou inquietação no sentido de responder as perguntas sobre quais os motivos de doença pelos quais os militares se afastam do serviço? Qual a frequência dos afastamentos por motivos ocupacionais? Existe relação entre a frequência de afastamentos e a patente do militar?

2 JUSTIFICATIVA

Buscando-se na literatura é possível constatar poucos estudos sobre afastamento do trabalho por doença, principalmente em servidores militares. Esse conhecimento é imprescindível para subsidiar debates sobre a condição de saúde e doença dos trabalhadores, para que se possam elaborar políticas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

No Brasil, estudos sobre o perfil de morbimortalidade são insuficientes para se conhecer adequadamente as características dessa população em relação ao processo saúde-doença-trabalho (CUNHA *et al.* 2009). Os estudos obtidos na busca bibliográfica restringiram-se a alguns grupos de profissionais, evidenciando-se pesquisas com funcionários de hospitais (ANTONIAZZI, 1992; GUIMARÃES, 2005), principalmente universitários (SILVA; MARZIALE, 2000).

A situação descrita acima é confirmada pelo Ministério da Saúde quando retrata que

“as informações disponíveis não permitem conhecer de que adoecem e morrem os trabalhadores no Brasil, ou o perfil de morbimortalidade, em linguagem epidemiológica, informação essencial para a organização da assistência aos trabalhadores e o planejamento, execução e avaliação das ações, no âmbito dos serviços de saúde” (BRASIL, 2001).

O afastamento por doença do militar ocasiona a reestruturação das escalas de trabalho a fim de manter a prestação do serviço, o que acarreta aumento da demanda de trabalho para os demais militares da Organização Militar, bem como a deterioração da saúde e da capacidade produtiva daquele que adocece. Dessa forma, faz-se necessária a identificação das principais causas de afastamento por doença dos militares em serviço no Estado do Amazonas, a fim de embasar medidas de prevenção de riscos e promoção da saúde desses profissionais.

De acordo com Carneiro (2006), a investigação epidemiológica de dados gerados na atividade pericial pode auxiliar na identificação e no entendimento do perfil de determinado grupo de trabalhadores, principalmente com relação à distribuição de doenças, sendo essencial

para o planejamento de ações de promoção a saúde.

Portanto, a realização desta pesquisa tem o potencial de clarear os motivos de doença pelos quais os militares se afastam ao serviço, bem como as possíveis associações entre o agravo e o tipo de função exercida, evidenciada pela patente militar. Com estes resultados é possível ter subsídios para delinear metas para compreensão e minimização dos problemas detectados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil dos casos de afastamento por motivo de doença dos militares do Exército em serviço no estado do Amazonas, no período de 2001 a 2011 e relacionar com a categoria profissional do militar, se praça ou oficial.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os casos de afastamentos e levantar os grupos de doenças que mais acometem os militares levando ao afastamento do trabalho, conforme a categoria profissional.
- Identificar a associação entre a causa do afastamento, conforme a CID 10 e a patente do militar.
- Identificar a distribuição temporal das frequências dos afastamentos por motivo de doença dos militares em serviço no estado do Amazonas, no período de 2001 a 2011, conforme a patente do militar.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Saúde do Trabalhador

A etimologia da palavra *trabalho* vem do vocábulo latino *tripaliare* e do substantivo *tripalium* que representa um instrumento de tortura do exército romano composto por três estacas de madeira, ao qual eram atados os condenados e mantinha presos os animais mais violentos (ARANHA; MARTINS, 1997). Portanto, enviar alguém ao *tripalium*, era sinônimo de forçar a exaustão e o sofrimento, sensações ainda hoje relacionadas ao trabalho profissional.

Ao longo da História, a concepção de trabalho é vinculada a uma visão negativa de tortura, castigo, punição e amargura. No regime de trabalho escravo não existia cuidado algum no sentido de se promover a saúde de seus trabalhadores, que viviam sem perspectivas como se fossem pertences da terra (NOSELLA, 1987). Com a Revolução Industrial (1760 – 1850), o trabalhador supostamente liberto para vender a sua força de trabalho, ficou preso ao sistema que ditava um ritmo acelerado de produção, aproveitando-se o máximo do maquinário, antes que este se tornasse antiquado. Para alcance deste propósito, empregavam-se homens, mulheres e até crianças que trabalhavam em jornadas exaustivas e em espaços impróprios a saúde, o que propiciou a disseminação incontrolada de doenças infectocontagiosas, bem como a ocorrência acentuada de amputações e de mortes devido ao perigo dos equipamentos (HUBERMAN, 1978).

Em 1833, a medicina de fábrica surge na Inglaterra, através do *Factory Act* que determinou por meio de normas e leis, a presença de um médico dentro de cada fábrica, visando à recuperação do trabalhador o mais rápido possível para o seu retorno à linha de produção (HUBERMAN, 1978). Daí se origina uma característica da Medicina do Trabalho, centrada na figura do médico e direcionada para uma visão unicausal das doenças e acidentes,

restrito ao ambiente das fabricas e atuando apenas sobre suas conseqüências. O foco central dessa medicina, como o próprio nome indica, é a saúde do trabalho, da produção e, portanto, não é a saúde do trabalhador (GELBECKE, 2002).

Evoluindo em uma proposta mais interdisciplinar, com enfoque na Higiene Industrial, surge a Saúde Ocupacional que considera a ação de vários fatores de risco para o surgimento de uma doença. Porém, assim como a medicina do trabalho, a saúde ocupacional fica limitada a intervenções específicas sobre os riscos mais perceptíveis (MENDES; DIAS, 1991).

As modificações dos processos de trabalho devido à terceirização da economia e a automação e informatização, juntamente com a eliminação dos riscos nas antigas condições de trabalho, geram um deslocamento do perfil de morbidade causada pelo trabalho, já que as doenças profissionais clássicas inclinam-se a desaparecer, e a preocupação muda para outras doenças relacionadas com o trabalho. Começam a ser evidenciadas principalmente as doenças cardiovasculares, os distúrbios mentais, o estresse e o câncer (MENDES, 1988). A promoção da saúde passa a ser discutida, como sendo alcançada através de um processo de educação, a fim de se modificar o comportamento das pessoas e seu estilo de vida (CESANA *et al*, 1990).

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária que se fortaleceu a partir de 1980, inspirada pela Reforma Sanitária Italiana, faz surgir uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho, denominada Saúde do Trabalhador. Este conceito abrange o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, propondo uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho, em seu sentido mais amplo, desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação, bem como as ações de vigilância sanitária e epidemiológica (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O ápice da mobilização popular pela saúde do trabalhador no Brasil ocorreu em 1986 com a VIII Conferencia Nacional de Saúde e com a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, também no mesmo ano. A afirmação do movimento com a inserção do

trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença e, não simplesmente, como objeto da atenção à saúde, acontece em 1994 na IX Conferência Nacional de Saúde e na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (DIAS, 1994). Consolida-se, então como conceito dentro dos textos legais da Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) de 1990.

O artigo VI da Lei Orgânica da Saúde traz a definição de saúde do trabalhador como:

“conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990).

Dessa forma, percebe-se que a saúde do trabalhador considera os múltiplos condicionantes. Para Lacaz (2000), a forma como se organiza o trabalho, ou seja, as jornadas, os turnos, as hierarquias, a divisão e a fragmentação do trabalho compõem algumas das variáveis envolvidas no desgaste da saúde do trabalhador, levando ao seu afastamento do trabalho, situação cada vez mais frequente na sociedade. Entretanto, nota-se a complexidade existente na identificação de causalidade entre o trabalho e o adoecimento.

A Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast) foi criada através da portaria 1679 de 19 de setembro de 2002 e constitui uma das estratégias para garantir a saúde dos trabalhadores de forma diferenciada e integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta rede de informações e práticas de saúde está organizada a partir da articulação da atenção básica, de média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar (SANTANA; SILVA, 2009).

O Renast é composto pelos Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde dos Trabalhadores (Cerest) que desenvolvem ações de prevenção, promoção, vigilância, diagnóstico e tratamento à saúde dos trabalhadores do meio rural e urbano (HOEFEL *et al*, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001) considera-se como risco ocupacional a possibilidade de um trabalhador sofrer um determinado dano oriundo do seu trabalho, podendo ser classificado como físicos (exemplos: ruídos, pressão), biológicos (bactérias, vírus), ergonômicos (repetitividade, postura inadequada) e psicossociais (sobrecarga de trabalho, falta de autonomia), químicos (vapores, gases) e acidentes (explosão, incêndios). A identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e as suas repercussões no processo saúde-doença é essencial para as mudanças nas condições geradoras de acidentes e doenças que tem o potencial de gerar o absenteísmo.

Evidenciam-se mudanças no perfil epidemiológico dos trabalhadores brasileiros ao longo dos anos, com ênfase nos distúrbios osteomusculares como as lesões por esforços repetitivos e o indicativo de que os transtornos de ordem psíquica assumirão maior destaque no cenário das doenças ocupacionais, nas próximas décadas (WUNSCH, 2004).

4.2 Absenteísmo

O termo absenteísmo possui origem francesa, *absentéisme*, significando ausência do trabalhador em seu serviço, por motivos propositais ou mesmo por circunstâncias alheias a sua vontade (MALTEZ, 2003).

O absenteísmo ou afastamento do trabalho é classificado por Chiavenato (2002) em quatro tipos, com relação ao motivo da ausência, sendo assim descrito: absenteísmo voluntário (quando por razões particulares); absenteísmo legal (inclui as faltas amparadas por lei, como a licença maternidade); absenteísmo compulsório (se refere a impedimentos de ordem disciplinar); e o absenteísmo por doença (podem estar relacionados ao trabalho ou não).

Complementando a definição apresentada acima, Souto (1998) aponta um tipo de absenteísmo de “corpo presente”, no qual o trabalhador apresenta algum problema de saúde,

porém não se ausenta ao trabalho, gerando uma diminuição no desempenho de suas atividades.

Em qualquer uma das situações de absenteísmo citadas, a ausência do trabalhador ocasiona não só custos diretos, mas também indiretos representados pela diminuição da produtividade, já que haverá menos servidores em ação, levando assim a consequente redução da qualidade do serviço e sobrecarga da equipe.

O afastamento do trabalho pode gerar no trabalhador um sentimento de fracasso fazendo com que ele se autodesqualifique (SOUZA; FAIMAN, 2007). O adoecimento físico relacionado ao trabalho tem o potencial de causar sofrimento pela dor ou pela angústia de ter que trabalhar com dor, sendo que na maioria das vezes a doença do trabalhador não é reconhecida, inclusive por colegas de trabalho (ROBLES; SILVEIRA, 2009).

Souza (1992) afirma que o absenteísmo é originado de um ou mais fatores causais, sendo estes relacionados ao trabalho, as condições socioculturais, a personalidade e as doenças. Com isso, parece inexistir uma associação exata entre causa e efeito, já que um conjunto de variáveis poderia levar ao absenteísmo.

Percebe-se que o absenteísmo é um fenômeno complexo que envolve diversos fatores e pode refletir as condições de saúde do trabalhador e as condições de vida e trabalho. O afastamento ao trabalho ocasionado por motivo de doença deve ser compreendido como efeito de determinantes do processo saúde-doença que incide também sobre os trabalhadores e suas variadas condições laborais. Este tema é de grande importância no âmbito do serviço público, devido ao elevado número de licenças médicas e consequentemente de dias não trabalhados nesse grupo de trabalhadores (ANDRADE *et al.*, 2008).

De acordo com uma pesquisa desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2003 com os seus trabalhadores, a proporção de absenteísmo por licença médica nesse grupo foi 3,3%, sendo as causas dos afastamentos em sua maioria motivados por

transtornos mentais, distúrbios osteoarticulares, doenças do aparelho circulatório, lesões e neoplasias.

As Lesões por esforços repetitivos (LER) e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort), de acordo com Salim (2003) representam um dos grupos de doenças ocupacionais mais frequentes no Brasil e em outros países, vem assumindo um caráter epidêmico. As LER/ Dort são danos ocasionados pelo esforço excessivo, imposto ao sistema osteomuscular, e da falta de tempo para sua recuperação (GRANDJEAN; KROEMER, 2005).

Portanto, o absenteísmo por motivo de doença é altamente preocupante para qualquer instituição, trazendo resultados negativos e afetando o desempenho do serviço, principalmente quando esta situação afeta os trabalhadores da segurança pública, como por exemplo, os militares.

4.3 Serviço Militar do Exército

O Exército Brasileiro (EB), desde a sua origem em 1648, na Batalha de Guararapes, vem participando da construção do Brasil, com o objetivo de sustentar as decisões estratégicas do Estado, bem como de agir contra ameaças à sua integridade política. O EB é uma das três Forças Armadas do país e responde pelas operações de defesa de ordem terrestre e pela garantia da lei, da ordem e dos poderes constitucionais (Lei no. 4375 de 1964).

Em tempos de paz, as tropas do Exército estão continuamente preparando-se para atuar em situações de conflito ou guerra. Além disso, atuam na defesa da faixa de fronteira, distribuindo alimentos e serviços de saúde aos pontos mais isolados do território nacional, participando e coordenando também campanhas sociais e pesquisas científicas, além de garantir a democracia brasileira, apoiando as eleições (PEDROSA, 2004).

A formação militar está calcada nos princípios da hierarquia e disciplina que constituem os pilares base da instituição. O processo de ascensão funcional que constitui a

carreira militar depende basicamente do tempo ocupado naquele cargo, constituindo a pré-condição para candidatar-se a um posto mais elevado. Porém, existe outra opção de ascensão na carreira, que corresponde a promoção por merecimento. Essa categoria abriga uma série de requisitos que devem ser apresentados pelo militar, tais como cursos em escolas de aperfeiçoamento, boas colocações em índices de desempenho físico, trabalhos relevantes dentro da corporação, fluência em línguas estrangeiras e avaliação dos superiores.

Dessa forma, o militar desempenha ao longo de sua carreira, cargos e funções em graus de complexidade crescente, compatíveis com sua habilitação e patente.

As promoções entre os oficiais do Exército ocorrem de acordo com o interstício mínimo entre cada posto exposto na figura 1. Este tempo entre as promoções varia de acordo com as armas (infantaria, cavalaria, artilharia, engenharia e comunicações), quadros (material bélico, engenheiros militares, complementar de oficiais e capelães militares) e serviços (intendência e saúde). A ascensão ao posto de oficial general ocorre somente por indicação dos demais oficiais generais.

1. Para as promoções aos postos de oficial-general:				
<i>Gen Div</i>	<i>Gen Bda</i>	<i>Cel (Armas/MB/Int/QEM)</i>	<i>Cel (Saú-Méd)</i>	
24 meses	24 meses	38 meses	26 meses	
2. Para as promoções aos postos de oficial superior, intermediário e subalterno:				
A / Q / S	Armas, QMB e Sv Int	QEM e Sv Sau	QCO	QCM (SAREX)
<i>Tenente-Coronel</i>	30 meses (02a06m)	30 meses (02a06m)	- o -	50 meses (04a02m)
<i>Major</i>	54 meses (04a06m)	54 meses (04a06m)	54 meses (04a06m)	62 meses (05a02m)
<i>Capitão</i>	86 meses (07a02m)	86 meses (07a02m)	86 meses (07a02m)	86 meses (07a02m)
<i>1º Tenente</i>	38 meses (03a02m)	62 meses (05a02m)	74 meses (06a02m)	38 meses (03a02m)
<i>2º Tenente</i>	12 meses	- o -	- o -	12 meses
<i>Asp Of</i>	04 meses	- o -	- o -	- o -

Figura 1 – Interstício mínimo entre cada posto para promoção de oficiais militares do exército.

FONTE: RLPOAFA (Decreto presidencial Nr 3.998, de 05/11/2001)

A – Armas / Q – Quadros / S – Serviços / QMB – Quadro de Material Bélico / Sv Int – Serviço de Intendência / QEM – Quadro de Engenheiros Militares / Sv Sau – Serviço de Saúde / QCO – Quadro complementar de oficiais / QCM – Quadro de Capelães Militares / Asp Of – Aspirante a Oficial / Cel – Coronel / Gen Bda – General de Brigada / Gen Div – General de Divisão

Os militares podem ser de carreira que correspondem aos que concluíram escolas de formação militar mediante concurso nacional, e temporários que são convocados anualmente

a partir de processo seletivo regional com vagas para praças e oficiais que podem permanecer no Exército por 7 e 8 anos respectivamente. Existe também o ingresso dos soldados correspondentes ao grupo dos praças, que ocorre aos 18 anos apenas para o sexo masculino através do serviço militar obrigatório. Estes podem ser promovidos à cabos após conclusão do curso de formação de cabos.

No caso dos praças de carreira, as promoções também seguem um planejamento com um tempo mínimo entre os postos, mas a partir de subtenente, a ascensão ocorre apenas para alguns militares pois é feita por merecimento, conforme ilustrado na figura 2.

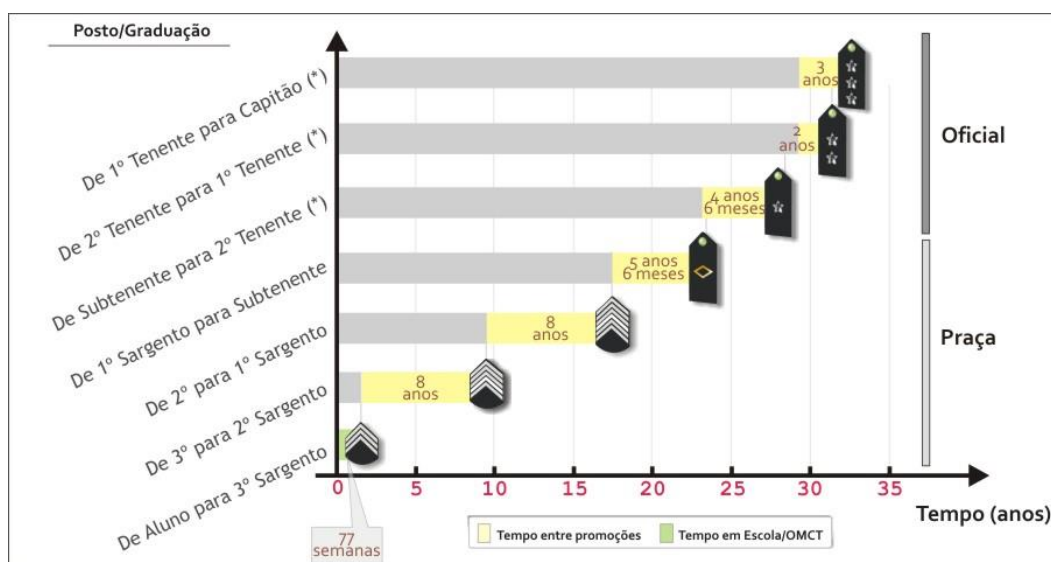


Figura 2 – Interstício mínimo entre cada posto/graduação para promoção de praças entre os militares do exército

FONTE: www.esa.ensino.eb.br. Acesso em novembro de 2012.

O escalonamento hierárquico do Exército é assim descrito conforme o Estatuto dos Militares de 1980: Oficiais generais (General de Exército, General de Divisão e General de Brigada); Oficiais superiores (Coronel, Tenente-Coronel, Major); Oficiais Intermediários (Capitão); Oficiais subalternos (1º e 2º Tenente); Praça especial (Aspirante a oficial, Cadete); Praças (Subtenente, 1º, 2º e 3º Sargento, Cabo e Soldado).

Aos oficiais do Exército competem as funções de administrar as organizações militares da qual fazem parte, planejar as atividades a serem desenvolvidas e exercer cargo de chefia,

instruindo e liderando seus subordinados, a fim de disseminar os conhecimentos relativos a doutrina militar terrestre e garantir o cumprimento das ordens oriundas de seus superiores hierárquicos. Tais funções exigem grande responsabilidade e um trabalho intelectual elevado. Além disso, a manutenção do preparo físico, mesmo que em segundo plano, também é necessária para a execução de suas atividades rotineias, principalmente entre os oficiais subalternos (C20-20, 2002). Quando em serviço, o oficial utiliza como armamento uma pistola com o peso aproximado de um quilo, enquanto o praça precisa portar o fuzil que pesa aproximadamente quatro quilos.

Os praças, tanto os de carreira quanto os temporários, exercem chefia de cargos menores com conseqüente planejamento de menor grau de complexidade, realizando constantemente atividades para o aprimoramento do aprendizado da doutrina militar. Competem a eles também, as atividades de segurança patrimonial das organizações militares. Tais funções exigem um maior desgaste físico. Portanto, a manutenção do preparo físico é de extrema importância aos praças, principalmente aos terceiros sargentos, cabos e soldados.

O Exército Brasileiro conta com o maior efetivo de militares da América Latina, com cerca de 235.000 servidores na ativa, e com uma reserva de 280.000 homens, que são convocados anualmente para apresentação, durante os cinco anos subsequentes ao desligamento. Esta reserva pode chegar a quase quatro milhões, se for considerado todos os brasileiros em idade para prestar o serviço militar (Revista Verde Oliva, 2012).

Segundo o Manual de Operações na Selva (1997), o Comando Militar da Amazônia (CMA) é o responsável por todos os quartéis na área que compreende os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e partes do Tocantins e Maranhão. Possui um quantitativo de aproximadamente 25 mil militares, com cerca de 10 mil militares em serviço no Estado do Amazonas, distribuídos em infantaria, cavalaria, artilharia, material bélico, comunicações, engenharia, intendência, aviação do exército, saúde e educação. O CMA

possui a função de consolidar a defesa do território nacional e controlar mais de 11 mil km de fronteiras com sete países sul-americanos.

Dessa forma, o Manual de Sobrevivência na Selva (1999) prevê que as atividades dos militares na região amazônica tornam-se mais intensas quando comparadas ao restante do país, devido às características peculiares deste ambiente, tais como a grande extensão territorial, extensa faixa de fronteira, clima rigoroso e grande área coberta por floresta equatorial com baixa densidade demográfica. Estas condições se agravam devido a presença deficiente do Estado, carência de saúde, educação, infraestrutura e segurança pública. Assim a Força militar terrestre, o EB, é sobrecarregada em atividades para suprir tais deficiências da região.

Percebe-se então que o militar está exposto a uma sobrecarga física intensa, principalmente quando em serviço na Amazônia, decorrente de esforços repetitivos, trabalho prolongado em pé, posições de trabalho anti-ergonômicas e levantamento de cargas. Tais esforços podem acarretar fadiga, sintomas e lesões osteoarticulares (SILVA; VIEIRA, 2008). Além desses aspectos físicos, também é importante considerar a questão do estresse ocupacional ou da síndrome de Burnout que se refere ao esgotamento físico e mental ligado diretamente à vida profissional (SOUTO, 1998).

No ambiente militar são rotineiras as ocorrências de extensas jornadas de trabalho, problemas ergonômicos, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, que tem o potencial de gerar o afastamento do trabalhador em seu serviço (SILVA; SANTANA, 2004).

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudo

Este trabalho trata-se de um estudo epidemiológico com análise de dados retrospectivos, registrados no serviço de junta médica, referente aos afastamentos de militares por doença, que ocorreram no período de 2001 a 2011, em todos os quartéis do Exército do Estado do Amazonas.

5.2 População de Estudo

Foram considerados todos os casos de afastamentos por motivo de doença entre os militares em serviço no estado do Amazonas que passaram pela Seção de Perícias Médicas do Hospital Militar de Área de Manaus, no período de 2001 a 2011. Essa Seção é responsável pelo registro de todos os casos de afastamento do serviço nas 26 organizações militares existentes no Estado. A consulta médica é realizada por três médicos peritos e é obrigatória para controle e perícia de todos os afastamentos por motivo de doença. São registrados o diagnóstico médico a partir do primeiro dia não trabalhado, idade, sexo, naturalidade, organização militar na qual o militar servia, tempo de afastamento e o tipo de restrição da qual o militar inspecionado é submetido. Ao término do período do afastamento, caso o militar ainda se encontre incapacitado para o serviço, uma nova perícia pode prorrogar a licença inicial, sendo novamente registrada no livro e enviada ao seu quartel a descrição da condição do militar. As prorrogações das licenças e as novas licenças de um mesmo militar por doenças iguais ou diferentes da inicial são consideradas como casos distintos.

Neste estudo, os poucos casos registrados de oficiais promovidos a partir de subtenentes, foram considerados praças, já que estiveram neste grupo na maior parte de sua carreira e passaram pela mesma formação.

5.3 Coleta e registro de dados

Inicialmente elaboramos um instrumento para coleta dos dados a respeito dos aspectos gerais e socioeconômicos, informações sobre o afastamento e o tempo de serviço do militar (Apêndice A).

A partir do instrumento, formulamos a máscara para entrada de dados no Programa SPSS 16.0 e conseqüente treinamento da equipe de pesquisa para manuseio do software e padronização da coleta de dados, com subsequente digitação em sistema de única entrada com imediata revisão, a fim de detectar e corrigir erros de digitação.

Coletamos os dados a partir dos livros de registro da Seção de Perícias Médicas do Hospital Militar de Área de Manaus, a qual centraliza todos os registros dos quartéis do estado do Amazonas. Selecionamos previamente os livros e organizamos anualmente em ordem cronológica, a fim de facilitar a coleta e o registro dos dados. A rotina de registro dos afastamentos nesses livros é bastante rigorosa, tendo em vista que semanalmente todos os casos diagnosticados no período passam pela vistoria do presidente da junta, que assina na parte inferior das páginas, juntamente com os três médicos que registraram os dados. Desse modo, consideramos que todos os casos de afastamento, de fato, estavam registrados em tais livros.

5.4 Variáveis de Estudo

As variáveis deste estudo compreendem: idade, sexo, naturalidade, organização militar na qual o militar servia, motivo de afastamento conforme o capítulo da Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID 10), ano, dias de afastamento e número de afastamentos.

5.5 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão dos casos de afastamento são:

- 1) ser militar da ativa;
- 2) estar em serviço no estado do Amazonas;
- 3) ter afastamento com mais de um dia de licença.

5.6 Análise de dados

Realizamos a análise do perfil dos casos de afastamento descritivamente a partir dos grupos de doenças, conforme a CID10 que mais acometem os militares em serviço nas organizações militares do Estado do Amazonas no período de 2001 a 2011. Apresentamos esse perfil de acordo com a patente do militar, e destacamos as categorias cuja a variação percentual foi superior a 10% entre as categorias profissionais, a fim de descrever ao leitor em quais categorias há maior diferença percentual entre praças e oficiais.

Identificamos a associação entre as características sociodemográficas (sexo, faixa etária e naturalidade) e a patente do militar (praça e oficial), conforme o tempo de afastamento (1-30dias e >30 dias) através do teste qui-quadrado de Fisher. Com relação ao tempo de afastamento, esse limite de 30 dias foi escolhido por ser o valor aproximado da média de dias de licença.

Analisamos a distribuição temporal das frequências dos afastamentos por motivo de doença dos militares em serviço no estado do Amazonas pelo número e o percentual referente aos casos de cada ano do período, estratificando-se por capítulos da CID10. Para identificar o aumento ou a diminuição percentual utilizamos a variação percentual por capítulo conforme a primeira e a segunda metade do período (2001-2006 e 2007-2011), sendo $[(x1 - x2 / x1)*100]$, onde no primeiro período: $x1 =$ percentual de 2006 e $x2 =$ percentual de 2001; e no segundo período: $x1 =$ percentual de 2011 e $x2 =$ percentual de 2007. Posteriormente,

verificamos a variação percentual entre os dois períodos $[(x1 - x2 / x1)*100]$, onde: $x1 =$ percentual de 2011 e $x2 =$ percentual de 2001.

5.7 Aspectos éticos

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas, sob o protocolo nº CAAE 07143612.4.0000.5020 e nº de parecer 127.031, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Também contou com autorização do setor responsável pela seção de perícias médicas do Hospital Militar de Área de Manaus.

Esta pesquisa não envolveu riscos substanciais para os sujeitos do estudo, aos quais foi garantido o anonimato dos dados. Do mesmo modo, os autores se comprometem em utilizar os resultados somente para os fins a que se propõem neste estudo, divulgando em periódicos científicos e para o próprio serviço médico militar do Amazonas, para que na programação de atividades para a saúde ocupacional sejam considerados os achados deste estudo.

Como os autores não tiveram acesso aos sujeitos da pesquisa, mas somente aos seus registros de afastamento, solicitamos ao CEP a dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e nos foi concedido.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão de uma parte desta pesquisa foram apresentados na forma de artigo conforme metodologia adotada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará e Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane – Fundação Oswaldo Cruz.

O artigo intitulado “A patente do militar e sua relação com o absenteísmo por motivo de doença”, apresenta a parte desta pesquisa referente à hipótese de que a patente que o militar ocupa está relacionada com o grupo de doenças que o mesmo pode apresentar. Este artigo está formatado para a Revista Brasileira de Epidemiologia – Normas de Submissão e Avaliação de Manuscritos (ANEXO A).

No que se refere ao objetivo de identificar a distribuição temporal dos casos de afastamentos por motivo de doença entre os grupos de praças e oficiais, apresentamos a tabela 1 que mostra o número de casos e seu respectivo percentual dentro de cada capítulo da CID 10 e por ano de análise. A partir disso, foi feita a variação percentual do período de 2001 a 2006, 2007 a 2011 e por fim de 2001 a 2011.

Percebemos que entre os principais capítulos, o único que apresentou um crescimento constante do percentual de casos nos três períodos foi o capítulo XIII (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo). No entanto, o capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde) caracterizada pela convalescença, foi o único que obteve uma diminuição em todos os períodos, sendo que de 2001 a 2006 apresentou uma queda bastante acentuada.

No caso dos transtornos mentais e comportamentais (capítulo V), visualiza-se uma súbita elevação do percentual de casos no período de 2007 a 2011, já nos demais períodos a variação percentual manteve-se em queda.

Tabela 1 – Causas de afastamentos de militares por ano e total, com a variação percentual entre os períodos.

<i>Causa de afastamento</i>																
Capítulo CID 10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	<i>Total</i>	Variação % (2001-2006)	Variação % (2007-2011)	Variação % total (2001-2011)	
	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>				
I	16 (3,2)	11 (2,5)	17 (2,1)	66 (9,6)	45 (8,3)	2 (1,4)	12 (4,4)	13 (3,6)	7 (4,9)	8 (5,1)	2 (2,0)	199 (4,8)	-128,5	-120	-60	
II	17 (3,4)	9 (2,0)	23 (2,9)	19 (2,8)	7 (1,3)	0 (0,0)	5 (1,8)	8 (2,2)	13 (9,2)	11 (7,0)	0 (0,0)	112 (2,7)	-340	-180	-340	
III	2 (0,4)	0 (0,0)	4 (0,5)	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (0,2)	-40	0	-40	
IV	3 (0,6)	6 (1,3)	14 (1,8)	3 (0,4)	4 (0,7)	2 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,3)	3 (2,1)	1 (0,6)	3 (3,0)	40 (1,0)	57,1	300	80	
V	121 (24,1)	66 (14,8)	83 (10,5)	85 (12,4)	47 (8,7)	15 (10,6)	18 (6,6)	21 (5,8)	24 (16,9)	12 (7,6)	14 (14,0)	506 (12,2)	-127,3	52,8	-72,1	
VI	5 (1,0)	3 (0,7)	16 (2,0)	20 (2,9)	9 (1,7)	11 (7,8)	9 (3,3)	17 (4,7)	12 (8,5)	10 (6,3)	1 (1,0)	113 (2,7)	87,2	-230	0	
VII	12 (2,4)	1 (0,2)	12 (1,5)	10 (1,5)	11 (2,0)	8 (5,7)	4 (1,5)	1 (0,3)	1 (0,7)	4 (2,5)	1 (1,0)	65 (1,6)	57,8	-50	-140	
VIII	7 (1,4)	0 (0,0)	5 (0,6)	4 (0,6)	3 (0,6)	2 (1,4)	2 (0,7)	7 (1,9)	4 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	34 (0,8)	0	-70	-140	
IX	12 (2,4)	8 (1,8)	22 (2,8)	23 (3,3)	28 (5,2)	2 (1,4)	3 (1,1)	10 (2,8)	6 (4,2)	13 (8,2)	1 (1,0)	128 (3,1)	-71,4	-10	-140	
X	2 (0,4)	6 (1,3)	4 (0,5)	10 (1,5)	5 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,6)	2 (2,0)	31 (0,7)	-40	200	80	
XI	18 (3,6)	7 (1,6)	17 (2,1)	19 (2,8)	9 (1,7)	2 (1,4)	2 (0,7)	11 (3,0)	3 (2,1)	1 (0,6)	5 (5,0)	94 (2,3)	-157,1	86	28	
XII	1 (0,2)	7 (1,6)	4 (0,5)	4 (0,6)	4 (0,7)	2 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,3)	2 (1,4)	0 (0,0)	2 (2,0)	27 (0,7)	85,7	100	90	
XIII	154 (30,7)	202 (45,4)	305 (38,4)	247 (35,9)	176 (32,5)	65 (46,1)	103 (38,0)	165 (45,5)	42 (29,6)	61 (38,6)	48 (48,0)	1568 (37,8)	33,4	20,8	36	
XIV	6 (1,2)	4 (0,9)	5 (0,6)	3 (0,4)	6 (1,1)	0 (0,0)	2 (0,7)	2 (0,6)	2 (1,4)	3 (1,9)	3 (3,0)	36 (0,9)	-120	76,7	60	
XV	0 (0,0)	4 (0,9)	3 (0,4)	1 (0,1)	3 (0,6)	0 (0,0)	6 (2,2)	7 (1,9)	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	25 (0,6)	0	-220	0	
XVII	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,3)	3 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (0,1)	0	0	0	
XVIII	1 (0,2)	4 (0,9)	8 (1,0)	4 (0,6)	8 (1,5)	1 (0,7)	3 (1,1)	2 (0,6)	3 (2,1)	0 (0,0)	1 (1,0)	35 (0,8)	71,4	-10	80	
XIX	96 (19,1)	66 (14,8)	103 (13,0)	71 (10,3)	93 (17,2)	28 (19,9)	50 (18,5)	68 (18,7)	15 (10,6)	12 (7,6)	13 (13,0)	615 (14,8)	4	-42,3	-46,9	
XX	2 (0,4)	3 (0,7)	1 (0,1)	1 (0,1)	5 (0,9)	0 (0,0)	2 (0,7)	2 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (0,4)	-40	-70	-40	
XXI	27 (5,4)	38 (8,5)	146 (18,4)	94 (13,7)	79 (14,6)	1 (0,7)	50 (18,5)	25 (6,9)	4 (2,8)	21 (13,3)	4 (4,0)	489 (11,8)	-671,4	-362,5	-35	
<i>Total</i>	502	445	794	688	542	141	271	363	142	158	100	4146				

Por fim o capítulo XIX referente às lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, houve redução do percentual, exceto pelo primeiro período que apresentou um pequeno aumento.

Portanto, a distribuição temporal dos casos de afastamento representados pelos capítulos da CID 10 mostra em sua maioria uma redução das frequências ao longo dos anos, considerando-se os principais motivos de adoecimento do militar. A única exceção corresponde às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo em que observamos aumento. Esta situação pode ter sido originada devido a um aumento da gravidade dos casos referentes a esse capítulo, exigindo um maior tempo de recuperação e reabilitação, refletindo em prorrogações da licença inicial, conforme descrito por Andrade *et al* (2008). A confirmação desta hipótese poderá ser realizada através de um estudo que detalhe o número de afastamentos de cada militar pelo mesmo diagnóstico.

A fim de cumprir com os objetivos de caracterizar os casos de afastamentos levantando os grupos de doenças que mais acometem os militares levando ao afastamento do trabalho, conforme a categoria profissional e identificar a associação entre a causa do afastamento, conforme a CID 10 e a patente do militar, elaboramos o artigo exposto a seguir.

6.1 ARTIGO – “**A patente do militar e sua relação com o absenteísmo por motivo de doença**”

A patente do militar e sua relação com o absenteísmo por motivo de doença*

The military rank and its relationship with absenteeism due to disease

Bárbara de Oliveira Turatti¹

Rodrigo Otávio Moretti-Pires²

Maria Jacirema Ferreira Gonçalves³

1. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Universidade Federal do Pará – UFPA e Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ E-mail: barbara.olliveira@gmail.com
2. Docente do Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Universidade Federal do Pará – UFPA e Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ. E-mail: rodrigo.moretti@ufsc.br
3. Pesquisadora do Instituto de Pesquisas Leônidas & Maria Deane-Fiocruz. Docente da Escola de Enfermagem de Manaus. Universidade Federal do Amazonas – UFAM e do Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Universidade Federal do Pará – UFPA e Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ. E-mail: jaciremagoncalves@gmail.com.

* O artigo é parte da dissertação de mestrado da primeira autora apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Universidade Federal do Pará – UFPA e Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ. Defesa em 28/02/2013.

A patente do militar e sua relação com o absenteísmo por motivo de doença

Resumo

As condições laborais a que estão expostos os militares do Exército são marcadas por riscos constantes. Esses podem repercutir no absenteísmo por motivos de problemas de saúde e podem se diferenciar conforme a patente do militar. O objetivo foi descrever o perfil de afastamento e testar a associação entre a patente do militar (praças e oficiais) e as causas de afastamentos por problemas de saúde entre os militares. Descrevemos o perfil dos sujeitos afastados (sexo, idade, naturalidade e patente) e analisamos dados das causas de licenças médicas por ano, conforme a patente do militar. Observamos 4146 casos de afastamento, sendo 83,3% no grupo de praças. As principais causas que se associam aos praças são as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (41,4%) e aos oficiais são os transtornos mentais e comportamentais (23,3%).

Palavras-chave: Absenteísmo; Licença Médica; Militares; Doenças ocupacionais

Abstract

The working conditions which people of the Army are exposed are marked by constant risks. These may impact on absenteeism for health problems reasons and may differ according to the military rank. The objective was to describe the removal and to test the association between the military rank (non commissioned officers and officers) and the causes of absenteeism due to health problems. We describe the profile of withdrawn subjects (sex, age, national origin and rank) and analyzed data causes of leave sick per year, according to the military rank. We observed 4146 cases of removal, being 83.3% in the group of squares. The main causes that are associated with non commissioned officers are diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (41.4%) and for the officers are the mental and behavioral disorders (23.3%).

Keywords: Absenteeism; Sick Leave; Military Personnel; Occupational diseases

Introdução

O absenteísmo configura-se pela ausência do trabalhador em seu serviço, de caráter previsível como as férias, folgas e feriados e imprevisível, decorrente de licenças médicas, licenças maternidade ou paternidade, acidentes de trabalho, participação em cursos de qualificação, entre outros ¹. O afastamento por motivo de problemas de saúde é altamente frequente entre os servidores públicos em geral, desencadeado por fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalho ².

A profissão militar inicia-se em escolas, cujo ingresso é feito mediante concurso público, de âmbito nacional (oficiais e graduados). Ao exame de escolaridade associam-se

exames médicos, de aptidão física e psicológica. O militar corresponde a uma categoria profissional de servidores públicos, porém não usufrui de alguns direitos trabalhistas, de caráter universal, que são assegurados aos trabalhadores, como remuneração do trabalho noturno superior à do trabalho diurno, jornada de trabalho diário limitada a oito horas, obrigatoriedade de repouso semanal remunerado e remuneração de serviço extraordinário, devido a trabalho diário superior a oito horas diárias, conforme previsto no Artigo 7º da Constituição Federal de 1988 ³.

O militar do Exército brasileiro tem de obedecer a inúmeras normas disciplinares e a princípios hierárquicos descritos na Lei do Serviço Militar de 1964 ⁴, que condicionam toda a sua vida pessoal e profissional. A possibilidade iminente de um dano físico ou da morte é um fato permanente de sua profissão. Especialmente quando em serviço na região da Amazônia, o militar do Exército está exposto a vários riscos, onde exerce poder de polícia na região de fronteira e está envolvido em inúmeras operações de reconhecimento e defesa no interior da Selva Amazônica ⁵. Além disso, durante suas atividades ocorre a exposição constante a diversas doenças infecciosas e parasitárias endêmicas de regiões de clima tropical, assim como, o trabalho em ambiente de selva é um fator de vulnerabilidade aos acidentes com animais peçonhentos.

A diferença entre a patente do militar está representada pelas atividades desenvolvidas, conforme as categorias de oficiais e praças. No primeiro caso corresponde aos cargos de chefia e planejamento que levam ao maior desgaste mental; no segundo caso há maior demanda físico-corporal. Por isso, o questionamento se as causas e o perfil de afastamentos dos militares são diferentes conforme a categoria profissional do militar.

Alguns estudos abordam causas de afastamentos entre trabalhadores do setor público lotados em secretarias de Estado ^{6,7}, que relacionam com transtornos mentais e comportamentais; lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas;

doenças do sistema osteomuscular; e doenças do aparelho circulatório, porém não foram detectados estudos que levantassem as causas de afastamentos dos militares do Exército. Isto é importante, visto que esta categoria profissional é demandada pelo Estado a qualquer momento por questões de segurança nacional e em situações de calamidade pública. Portanto, seria necessário que a saúde desses profissionais esteja sempre na melhor condição. Entretanto, se desconhece a magnitude dos afastamentos por problemas de saúde desses profissionais, bem como o perfil dos casos de licença médica. Com este conhecimento é possível estabelecer medidas voltadas à melhorias da saúde do trabalhador. Deste modo, este estudo objetiva descrever o perfil de absenteísmo por motivo de doença e identificar a associação entre as causas de afastamentos e a patente do militar (praça e oficial).

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico com análise de dados retrospectivos, a respeito dos registros de afastamentos por mais de 1 dia ocorridos em militares da ativa, no período de 2001 a 2011 nos quartéis do Exército do Estado do Amazonas.

Coletamos dados na seção de perícias médicas do Exército no Amazonas, a qual é responsável pelo registro de todos os casos de afastamento do serviço. Utilizamos as seguintes variáveis: patente do militar, diagnóstico médico a partir do primeiro dia de afastamento (codificados pela Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID-10)), idade, sexo, naturalidade e tempo de afastamento. Registramos os dados coletados em um formulário e digitamos no programa SPSS.

Realizamos por meio do teste qui-quadrado de Fisher, a identificação da associação entre as características sociodemográficas (sexo, faixa etária e naturalidade) e a patente do militar (praça e oficial), conforme o tempo de afastamento (1-30 dias e >30 dias). Com relação ao tempo de afastamento, esse limite de 30 dias foi escolhido por ser o valor aproximado da média de dias de licença.

A análise das causas de afastamento foi realizada descritivamente (número e percentual) a partir dos grupos de doenças, conforme a CID-10, caracterização dos sujeitos e tempo de afastamento.

Testamos a associação entre as causas de afastamento e a patente dos militares, se praça ou oficial, por meio do teste qui-quadrado de Fisher. Foram marcados em negrito os percentuais em que a diferença percentual entre praças e oficiais foi superior a 10%, a fim de destacar descritivamente a relevância da causa de afastamento. A partir dos grupos de causas mais frequentes, buscou-se detectar os grupos de doenças mais prevalentes entre a primeira, segunda e terceira causa mais frequente.

O teste de diferenças para o tempo de afastamento e a idade dos militares, conforme a patente e o tempo de afastamento, foi realizado por meio do teste t-Student bicaudal, precedido de teste de igualdade de variâncias.

Para todos os testes, considerou-se a diferença significativa quando o P-valor era menor ou igual a 0,05.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas, sob o protocolo nº CAAE 07143612.4.0000.5020 e nº de parecer 127.031, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Entre 2001 e 2011 ocorreram entre os militares do Exército em serviço no Estado do Amazonas, 4146 casos de afastamentos por licença para tratamento de saúde. Considerando a patente do militar, 3455 (83,3%) eram praças e 691 (16,6%) oficiais.

A tabela 1 mostra que as mulheres representavam 2,9% dos praças e 29,5% dos oficiais. A distribuição dos afastamentos segundo as variáveis analisadas revelou os seguintes grupos de militares em que o evento foi mais freqüente: sexo masculino (92,6%), afastamento de 1 – 30 dias (84,0%), para os praças faixa etária de 18 a 29 anos (52,5%) e naturalidade no

estado do Amazonas (50,3%) e para os oficiais faixa etária de 30 a 39 anos (38,9%) e naturalidade no estado do Rio de Janeiro (20,8%).

A média de idade entre os praças foi $29,9 \pm 7,6$ anos e, entre os oficiais foi $35,5 \pm 0,37$ anos. Notamos que os praças do sexo masculino apresentam em sua maioria, afastamento de 1 a 30 dias (97,5%), enquanto as do sexo feminino ficam mais afastadas com tempo maior que 30 dias (5,4%), com diferença significativa.

O tempo médio de afastamento é de 26,9 dias para os praças e 29,7 dias para os oficiais. Entre os oficiais há diferença significativa quando se analisa os afastamentos com tempo > 30 dias, sendo mais frequente os de idade ≥ 50 anos (31,7%).

Tabela 1 - Características dos militares afastados por motivo de doença, conforme tempo de afastamento e patente, Amazonas, Brasil, 2001-2011.

VARIÁVEIS	Praça			Teste	Oficial			Teste	Total geral		Teste
	Total	1 - 30 dias	> 30 dias	(P-valor)	Total	1 - 30 dias	> 30 dias	(P-valor)	1 - 30 dias	> 30 dias	(P-valor)
	n(%)	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Média do tempo de afastamento	26,9 (0,31)	21,2 (0,18)	58,5 (1,04)	-35,51* (<0,05)	29,7 (0,9)	21,0 (0,40)	63,3 (2,5)	-16,6* (<0,01)	21,2 (0,2)	59,8 (0,1)	-38,7* (<0,01)
Sexo											
Masculino	3354 (97,1)	2860 (97,5)	494 (94,6)	12,907** (<0,01)	487 (70,5)	381 (69,4)	106 (74,6)	1,494** (0,22)	3241 (93,1)	600 (90,4)	6,041** (0,01)
Feminino	101 (2,9)	73 (2,5)	28 (5,4)		204 (29,5)	168 (30,6)	36 (25,4)		241 (6,9)	64 (9,6)	
Faixa etária											
18 - 29	1814 (52,5)	1539 (52,5)	275 (52,7)	49,701** (<0,01)	222 (32,1)	186 (33,9)	36 (25,3)	59,068** (<0,01)	1725 (49,5)	311 (46,8)	130,889* * (<0,01)
30 - 39	1229 (35,6)	1072 (36,5)	157 (30,1)		269 (38,9)	230 (41,9)	39 (27,5)		1302 (37,4)	196 (29,5)	
40 - 49	379 (11,0)	307 (10,5)	72 (13,8)		112 (16,2)	90 (16,4)	22 (15,5)		397 (11,4)	94 (14,2)	
≥ 50	33 (1,0)	15 (0,5)	18 (3,4)		88 (12,7)	43 (7,8)	45 (31,7)		58 (1,7)	63 (9,5)	
Média de idade (DP)	29,9 (7,6)	29,8 (7,4)	30,5 (8,7)	-1,748** (0,08)	35,5 (0,37)	34,3 (0,36)	40,4 (1,02)	-5,71* (0,01)	30,5 (0,13)	32,6 (0,40)	-5,04* (<0,01)
Naturalidade											
Amazonas	1738 (50,3)	1466 (50,0)	272 (52,1)	5,292** (0,07)	135 (19,5)	113 (20,6)	22 (15,5)	5,605** (0,06)	1579 (45,3)	294 (44,3)	6,979** (0,03)
Rio de Janeiro	325 (9,4)	290 (9,9)	35 (6,7)		144 (20,8)	121 (22,0)	23 (16,2)		411 (11,8)	58 (8,7)	
Outros estados	1392 (40,3)	1177 (40,1)	215 (41,2)		412 (59,6)	315 (57,4)	97 (68,3)		1492 (42,8)	312 (47,0)	

Notas: DP = Desvio Padrão

* Teste t-Student bicaudal, e variâncias desiguais

** Teste qui-quadrado de Fisher

Os diagnósticos que mais frequentemente motivaram as licenças médicas entre os praças, segundo os capítulos da CID 10 e descritos na tabela 2 foram o de doenças do sistema

osteomuscular e do tecido conjuntivo (41,4%), lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (16,1%) e fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde com ênfase na convalescença (12,0%).

No grupo de oficiais os principais capítulos encontrados referem-se ao de transtornos mentais e comportamentais (23,3%), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (20,0%) e fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde com ênfase na convalescença (10,9%).

As demais doenças relacionadas ao restante das licenças correspondem a 30,5% do total de diagnósticos que acometem os praças e 45,8% do total de oficiais.

Tabela 2 - Distribuição dos motivos de licença médica dos militares em serviço no Estado do Amazonas de 2001 a 2011.

Capítulo CID 10	PRAÇAS + OFICIAIS		PRAÇAS		OFICIAIS	
	Total	%	N	%	N	%
I) Algumas doenças infecciosas e parasitárias	199	4,8	168	4,9	31	4,5
II) Neoplasias [tumores]	112	2,7	80	2,3	32	4,6
III) Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	8	0,2	7	0,2	1	0,1
IV) Doenças do sistema nervoso	40	1,0	29	0,8	11	1,6
V) Transtornos mentais e comportamentais	506	12,2	345	10,0	161	23,3
VI) Doenças do sistema nervoso	113	2,7	93	2,7	20	2,9
VII) Doenças do olho e anexos	65	1,6	47	1,4	18	2,6
VIII) Doenças do ouvido e da apófise mastóide	34	0,8	24	0,7	10	1,4
IX) Doenças do aparelho circulatório	128	3,1	87	2,5	41	5,9
X) Doenças do aparelho respiratório	31	0,7	27	0,8	4	0,6
XI) Doenças do aparelho digestivo	94	2,3	65	1,9	29	4,2
XII) Doenças da pele e do tecido subcutâneo	27	0,6	17	0,5	10	1,4
XIII) Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1568	37,8	1430	41,4	138	20,0
XIV) Doenças do aparelho geniturinário	36	0,9	25	0,7	11	1,6
XV) Gravidez, parto e puerpério	25	0,6	2	0,1	23	3,3
XVII) Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	5	0,1	4	0,1	1	0,1
XVIII) Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	35	0,8	21	0,6	14	2,0
XIX) Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	615	14,8	556	16,1	59	8,5
XX) Causas externas de morbidade e de mortalidade	16	0,4	14	0,4	2	0,3
XXI) Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Convalescença)	489	11,8	414	12,0	75	10,9
<i>Total</i>	4146	100,0	3455	100,0	691	100,0

Notas: Em negrito diferença percentual >10%.

Quanto aos diagnósticos específicos dentro dos capítulos mais frequentes, conforme visualizado na tabela 3 verifica-se que as causas de afastamentos mais frequentes entre os praças são os transtornos internos do joelho (14,9%) no capítulo XIII, fratura da perna, incluindo tornozelo (3,0%) no capítulo XIX e convalescença (11,5%) no capítulo XXI. Já para os oficiais os principais diagnósticos são reações ao estresse grave e transtornos de adaptação (8,5%) no capítulo V, transtornos internos do joelho (5,9%) no capítulo XIII e convalescença (9,8%) no capítulo XXI.

Tabela 3 - Causas de afastamentos mais frequentes entre os militares em serviço, Amazonas, Brasil, 2001-2011.

<i>PRAÇAS</i>				<i>OFICIAIS</i>			
Capítulos da CID -10	N	%*		Capítulos da CID 10	N	%*	
Cap XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1430	41,4		Cap V - Transtornos mentais e comportamentais	161	23,3	
M23 – Transtornos internos do joelho	515	14,9		F43 – Reações ao stress grave e transtornos de adaptação	59	8,5	
M54 – Dorsalgia	305	8,8		F32 – Episódios depressivos	32	4,6	
M25 – Outros transtornos articulares não classificados em outra parte	143	4,1		F41 – Outros transtornos ansiosos	17	2,5	
<i>Total</i>	<i>963</i>	<i>27,9</i>		<i>Total</i>	<i>108</i>	<i>15,6</i>	
Cap XIX – Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	556	16,1		Cap XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	138	20,0	
S82 – Fratura da perna, incluindo tornozelo	105	3,0		M23 – Transtornos internos do joelho	41	5,9	
S62 – Fratura ao nível do punho e da mão	50	1,4		M54 – Dorsalgia	32	4,6	
S43 – Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos da cintura escapular	37	1,1		M51 – Outros transtornos de discos intervertebrais	13	1,9	
<i>Total</i>	<i>192</i>	<i>5,5</i>		<i>Total</i>	<i>86</i>	<i>12,4</i>	
Cap XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	414	12,0		Cap XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	75	10,9	
Z54 – Convalescença	397	11,5		Z54 – Convalescença	68	9,8	
Z03 – Observação e avaliação médica por doenças e afecções suspeitas	4	0,1		Z35 – Supervisão de gravidez de alto risco	3	0,4	
<i>Total</i>	<i>401</i>	<i>11,6</i>		<i>Total</i>	<i>71</i>	<i>10,3</i>	

* Refere-se ao total das causas de cada grupo (praças e oficiais).

Discussão

Com este trabalho foi possível detectar as principais causas de afastamento dos militares em serviço no Amazonas. Esses afastamentos revelam diferenças entre as categorias profissionais militares de oficiais e praças. Embora consideremos que as atividades inerentes a cada categoria profissional, também leve a riscos de afastamentos específicos, com esses resultado é possível refletir sobre a situação da saúde do militar como trabalhador.

A distribuição desproporcional entre os sexos é prevista já que a profissão militar é

predominantemente masculina, possuindo mais vagas para homens no ingresso para as escolas de formação e no serviço técnico temporário. Nota-se uma expressiva diferença entre o número de afastamentos de praças e de oficiais, talvez porque exista maior efetivo do primeiro grupo e este apresentar em sua maioria menor escolaridade, menor renda e maior carga de trabalho no que se refere a uma escala de serviço com menos folgas.

Percebe-se que mais de 50% dos praças são de naturalidade amazonense, isso ocorre devido ao serviço militar obrigatório referente ao alistamento dos recrutas que representam grande número nos quartéis e é composto por jovens moradores da região.

O presente estudo limitou-se a descrever e identificar o perfil geral dos casos de afastamento por motivo de doença durante os onze anos estudados, associando a causa ao círculo de praças e oficiais.

Os resultados desse estudo revelaram que as morbidades que geraram o maior número de licenças médicas entre os praças foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e entre os oficiais foram os transtornos mentais e comportamentais. Estes diagnósticos mais frequentes encontram-se dentro do grupo descrito pelo Ministério da Saúde⁸ como doenças relacionadas ao trabalho. Portanto, são necessárias medidas de proteção à saúde do trabalhador militar a fim de garantir a sua capacidade ao trabalho e a sua recuperação, quando no caso de acidentes.

O perfil de adoecimento entre os militares, visualizado neste trabalho, é explicado pelas características particulares das atividades desenvolvidas em cada um dos grupos, diferente de outras categorias profissionais. Os praças são submetidos a uma sobrecarga física mais intensa, enquanto os oficiais desenvolvem um trabalho mental elevado. Dessa forma, uma vez que as condições de trabalho expõem o trabalhador a determinadas circunstâncias que tem o potencial de provocar alterações em seu equilíbrio, este pode procurar o serviço de saúde com o intuito de afastar-se do que o incomoda no ambiente de trabalho.

Estudos realizados com policiais civis e militares^{9,10,11} apontam para a vulnerabilidade desses profissionais em relação a população em geral e indicam que o sofrimento físico e mental é oriundo das situações vivenciadas no desenvolvimento das atividades ocupacionais.

A divisão entre praças e oficiais na análise dos dados foi realizada também em um estudo com policiais militares e civis do Rio de Janeiro¹¹ que evidenciou que o número de praças que foi afastado do serviço com algum agravo é cerca de 20 vezes maior que o de oficiais.

Os capítulos da CID10 com as maiores frequências de afastamento assemelham-se com os resultados encontrados entre servidores públicos estaduais do Estado de Santa Catarina⁷ onde foram identificadas altas taxas nos capítulos V, XIII, XXI, XIX e IX, sendo que apenas o último capítulo citado não apresentou relevância entre os militares do Exército em serviço no Amazonas.

Não foi possível avaliar a tendência temporal dos afastamentos, visto à impossibilidade de se calcular as taxas de absenteísmo, pois não se têm um denominador fixo para cada ano, já que os militares em serviço no Estado do Amazonas estão em constantes mobilizações, seja para outras regiões da Amazônia ou do país, seja por desligamento do serviço militar que ocorre em diversas épocas do ano. Outra limitação deste estudo foi a questão do registro dos dados das perícias médicas não estar informatizado no período de 2001 a 2007, e estar parcialmente de 2008 a 2011, tornando necessária a digitação dos livros e a conferência dos dados informatizados. Esta situação dificultou a coleta dos dados, mas não comprometeu na análise.

Conclusão

O conhecimento a respeito das características dos militares em serviço no Estado do Amazonas no período de 2001 a 2011, bem como o acesso aos registros dos motivos de afastamentos por problemas de saúde, permitiu identificar os excessos de ocorrência de casos

de determinados agravos, entre os grupos de praças e oficiais. Este acompanhamento é essencial para organização e planejamento de medidas a fim de se reduzir o índice de absenteísmo por motivo de doenças e dessa forma promover a saúde do trabalhador.

Tratando-se da categoria dos militares que passam por um processo de formação específica no sentido de torná-los resistentes as adversidades que a atividade profissional condiciona, é importante considerar a dificuldade que deve existir entre os militares no reconhecimento de problemas no plano da saúde física, e sobretudo, da saúde psíquica.

Referências

1. Ribeiro A. Gestão de pessoas. São Paulo: Editora Saraiva; 2006.
2. Marras J. Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico. 3.ed. São Paulo: Editora Futura; 2000.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.
4. Brasil. Lei n.º. 4375, de 17 de agosto de 1964. Lei do Serviço Militar.
5. Exército Brasileiro. IP 21-80: Manual de Sobrevivência na Selva. 2ª ed. Editora COTer; 1999.
6. Sala A, Carro ARL, Correa AN, Seixas PH. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. Cad Saúde Pública 2009; 25: 2168-78.
7. Cunha J, Blank V, Boing A. Time trends of sick leave in Brazilian civil servants (1995-2005). Rev Bras Epidemiol 2009; 12: 226-36.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Silva M, Vieira S. O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental. Rev Saúde e Sociedade 2008; 17: 161-70.
10. Minayo MS, Assis SG, Oliveira RVC. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc Saúde coletiva 2011; 16: 2199-2209.
11. Souza ER, Minayo MCS. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. Ciênc Saúde coletiva 2005; 10: 917-28.

7 CONCLUSÃO

As condições laborais a que estão expostos os militares do Exército, principalmente quando em serviço na região Amazônica, são marcadas por riscos constantes, os quais repercutem na ocorrência de absenteísmo por motivos de problemas de saúde.

A profissão militar corresponde a uma categoria de servidores públicos protegida pela Constituição, no sentido de lhes assegurar integridade mental e física, no desenvolver de suas atividades ocupacionais, e necessitam também de informações que auxiliem no estabelecimento de metas para promoção da saúde de seus integrantes.

O militar do exército não tem sido alvo de pesquisas no intuito de elucidar as características profissionais específicas deste grupo e sua associação com o surgimento de patologias.

Sabemos que o militar quando adoece e passa pelo serviço de perícias médicas pode ter como desfecho o afastamento do trabalho temporário ou definitivo (invalidez) e o retorno às atividades com ou sem medidas adaptativas. Os casos de invalidez e restrições serão alvos de estudos posteriores.

Esta dissertação apresenta os motivos principais de doenças que levam o militar do exército ao afastamento quando em serviço no Amazonas. Observamos diferenças entre os grupos de praças que apresentam como principal causa as doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo e o grupo de oficiais que se relacionam com os transtornos mentais e comportamentais.

Vale lembrar que a categoria profissional de praças e oficiais é composta por distintas patentes que apresentam funções de complexidade crescente e bastante heterogênea. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de se avaliar também as doenças mais frequentes em cada posto ou graduação.

Por fim, enfatiza-se a importância de se conhecer outros perfis epidemiológicos de militares do exército em serviço em outras regiões do país e também de outras forças armadas, com a possibilidade de comparação dos mesmos indicadores para embasamento das discussões, a fim de se iniciar os debates sobre a saúde do trabalhador militar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONIAZZI, R. **Levantamento Epidemiológico de Acidentes de Trabalho em Hospital Geral de Porto Alegre**. 1992. Monografia (Especialização), Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- ANDRADE, T. B., *et al.* Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 166-171, out./dez. 2008.
- ARANHA, M. L.; MARTINS, M. H. **Filosofando: introdução à filosofia**. 2ª ed. São Paulo: Moderna, 1997. 395p.
- BARBALHO, C. R. S.; MORAES, S. O. **Guia para normalização de teses e dissertações / UFAM**. Manaus: Universidade Federal do Amazonas. 77p. ilustr. 2003.
- BRANDÃO, A; HORTA, B; TOMASI, E. Sintomas de distúrbios osteomusculares em bancários de pelotas e região: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Pelotas, v. 8, n.3, p. 295-305, set. 2005.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.
- _____ Lei no. 6880, de 9 de Dezembro de 1980. **Estatuto dos Militares**.
- _____ Lei no. 4375, de 17 de Ago 1964. **Lei do Serviço Militar**.
- _____ Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**.
- _____ Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): Dor relacionada ao trabalho. **Protocolos de atenção integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada**. Brasília, 2006
- _____ Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001.
- _____ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Absenteísmo entre servidores públicos estaduais – causas, frequência, duração e custos**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2003.
- CARNEIRO, S. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público**, São Paulo, v. 57, n. 1, p 23-49, jan./mar. 2006.

CARVALHO, A; ALEXANDRE, N. Sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n.1, p. 35-41, jan./mar. 2006.

CESANA, G.; ZANETTINI R; GRIECO A. Sorveglianza sanitaria e prevenzione nel terziario problematiche e prospettive. **Medicina del Lavoro.**, v. 81, n. 4, p. 262-72, jul./ago. 1990.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos** – Ed. Compacta. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 631p.

CUNHA, J; BLANK, V; BOING, A. Time trends of sick leave in Brazilian civil servants (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 226-36, jun. 2009.

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia.** 1994. 335f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

EXÉRCITO BRASILEIRO. **C20-20: Manual de Treinamento Físico Militar.** 3ª ed. COTer, 2002. 187p.

_____. Decreto 98.820 de 12/01/1990: RAE – **Regulamento de Administração do Exército.** 82p.

_____. Decreto 3.998, de 05/11/2001: **RLPOAFA - Regulamento, para o Exército, da Lei de Promoções dos Oficiais da Ativa das Forças Armadas.** 16p.

_____. IP 72-1: **Manual de Operações na Selva.** 1ª ed. COTer, 1997. 92p.

_____. IP 21-80: **Manual de Sobrevivência na Selva.** 2ª ed. COTer, 1999. 182p.

_____. Portaria No 042 - DGP, DE 12 DE ABRIL DE 2004. **Instruções Reguladoras das Perícias Médicas no Exército** - IRPMEx (IR 30-33)

_____. **Revista Verde Oliva.** Ano XL, n. 214, p. 6 – 13, jan./fev./mar. de 2012.

GELBECKE, F. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v.11, n.1, p.66–85, 2002.

GRANDJEAN, E; KROEMER, K.H. **Manual de ergonomia: Adaptando o trabalho ao homem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

GUIMARÃES, R. **O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar**. 2005. 94f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. **A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da Renast**. In: Conferência Nacional em saúde do trabalhador: "Trabalhar, sim! Adoecer, não!", 2005. Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 72-78. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea_textos_econf.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2012.

HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem**. 14^a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 235p.

LACAZ, F. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 2, p. 7-19, 1997.

_____. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-61, jan. - mar. 2000.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989. 333p.

MACIEL, A; FERNANDES, M; MEDEIROS, L. Prevalência e fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 94-102, mar. 2006.

MALTEZ, J.A. **Absenteísmo**. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.maltez.info/respublica/topicos/aaaletraa/absentismo.htm>>. Acesso em 5 de maio de 2011.

MARRAS, J. **Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico**. 3.ed. São Paulo: Futura, 2000. 379p.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I - Morbidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, p. 311-26, 1988.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, jun. 1991.

MINAYO, M.S.; ASSIS, S.G.; OLIVEIRA, R.V.C. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, n.4, p. 2199-2209, 2011.

NOSELLA, P. **Trabalho e Educação: do tripalium da escravatura ao labor da burguesia; do labor da burguesia à poiésis socialista.** In: GOMES, C. M. et al. Trabalho e Conhecimento: Dilemas na Educação do Trabalhador. São Paulo: Cortez, 1987.

OLIVEIRA, R. Notas para uma Sociologia da ética médica. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 7, p.59-108, 1995.

PAULA, C. **Condições de Trabalho, Atividade e Referência a Agravos: Um estudo em Servidores Públicos Federais de Santa Catarina.** 2007. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PEDROSA, J. F. Maya. **A Catástrofe dos Erros.** Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 2004. 229p.

RIBEIRO, A. **Gestão de pessoas.** São Paulo: Saraiva, 2006. 310p.

ROBLES, A. C. C. ; SILVEIRA, J. Significados e repercussões do adoecimento relacionado ao trabalho para trabalhadores atendidos na perícia médica do instituto nacional de seguridade social. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.1, n. 2, p. 41-55, 2009.

SALA, A.; CARRO, A.R.L; CORREA, A.N.; SEIXAS, P.H. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cad, Saúde Pública**, v. 25, p. 2168-78, 2009.

SALIM, C.A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **Perspect**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 11-24, 2003.

SANTANA, V.; SILVA, J.M. **Os 20 anos de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios.** Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

SILVA, D; MARZIALE, M. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000.

SILVA, M; SANTANA, V.S. Ocupação e mortalidade na Marinha do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.38, p. 709-15, 2004.

SILVA, M; VIEIRA, S. O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, set. 2008.

SOUTO, D. F. **Absenteísmo - Preocupação Constante das Organizações**. Rio de Janeiro: 1998.

SOUZA, S. **Fatores que contribuem para o absenteísmo da enfermagem na unidade de doenças infecto parasitárias**, 1992. 137f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 917-28, dez. 2005 .

SOUZA, M. E. L.; FAIMAN, C. J. S. Trabalho, saúde e identidade: repercussões do retorno ao trabalho, após afastamento por doença ou acidente, na identidade profissional. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 12, n. 1/2, p. 22-32, 2007.

WUNSCH, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 103-17, abr. 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: Afastamento por problemas de saúde de militares do Exército em serviço no Estado do Amazonas, 2001 - 2011

Formulário no.: _____

Responsável: _____

Data: ____/____/____

DADOS GERAIS E SOCIOECONÔMICOS:

Sexo: () M () F

Idade: _____

Naturalidade: _____

Posto / Graduação:

() Sd EV	() 3ºSgt	() SubTen	() 1ºTen	() Ten Cel
() Sd EP	() 2ºSgt	() Asp Of	() Cap	() Cel
() Cb	() 1ºSgt	() 2ºTen	() Maj	() Gen

Organização Militar em serviço: _____

Tempo de serviço no Exército: _____

INFORMAÇÃO SOBRE O AFASTAMENTO:

Motivo do Afastamento: _____

Capítulo da CID: _____

Tempo de Afastamento: _____ Mês: _____ Ano: _____

Número de Afastamentos por ano: () 01 () 02 () 03 ou mais

Desfecho do afastamento:

- () Retorno sem seqüelas
 () Retorno com medidas adaptativas
 () Invalidez

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do acesso aos dados da Seção de Perícias Médicas
pelo Diretor do Hospital Militar de Área de Manaus



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMA - 12º RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS

Memo nº/n


Manaus-AM, 12 de janeiro de 2012.

Do Diretor do HMAM.

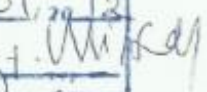
Ao Ch da JIS.

Assunto: autorização de pesquisa.

Autorizo a 2º Ten Bárbara de Oliveira Turatti, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas em convênio com o Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (CPqLMD-FIOCRUZ) e a Universidade Federal do Pará, e pesquisadora responsável pelo projeto intitulado "Afastamento por problemas de saúde de militares do Exército em serviço no Estado do Amazonas", a ter acesso aos dados referentes ao afastamento de militares registrados na Junta de Perícias Médicas, garantindo o anonimato e a confidencialidade das informações.



JUVENAL DONIZETE OZELIM - CEL
Diretor do HMAM

Recebi a 1ª via
Em 12/01/2012
2º Sgt. 

aux. SPM/HMAM

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Federal do Amazonas



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AFASTAMENTO POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE MILITARES DO EXÉRCITO EM SERVIÇO NO ESTADO DO AMAZONAS

Pesquisador: BÁRBARA DE OLIVEIRA TURATTI

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 3

CAAE: 07143612.4.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 127.031

Data da Relatoria: 22/10/2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: solicita dispensa

Folha de rosto: adequada

Termo de Anuência da Instituição coparticipante: apresentada a anuência do Diretor do Hospital Militar da Amazônia.

Recomendações:

Recomenda-se sejam tomados todos os cuidados com relação à confidencialidade dos sujeitos participantes, resguardando a identidade dos mesmos e evitando-se qualquer tipo de risco decorrente da participação na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente protocolo já se encontrava aprovado quando da análise anterior. O parecer, no entanto, foi pela pendência somente porque havia necessidade de ajustar o item - Necessita da Aprovação da CONEP - a qual se encontrava marcada na opção afirmativa ocasionando o envio desnecessário do protocolo à CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

MANAUS, 21 de Outubro de 2012

Assinador por:
Pedro Rodolfo Fernandes da Silva
 (Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br

ANEXO C – Normas de Submissão e Avaliação de Manuscritos da Revista
Brasileira de Epidemiologia

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Epidemiologia** tem por finalidade publicar Artigos Originais e inéditos, inclusive de revisão crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins (máximo de 25 p., incluindo tabelas e gráficos). Publica também artigos para as seções: debate destinada a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas assemelhadas; Notas e Informações - notas prévias de trabalhos de investigação, bem como relatos breves de aspectos novos da epidemiologia além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 5 p.); Cartas ao Editor - comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (máximo de 3 p.).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à **Revista Brasileira de Epidemiologia**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Para tanto, o(s) autor(es) deverá(ão) assinar declaração de acordo com modelo fornecido pela Revista. Os conceitos emitidos, em qualquer das seções da Revista, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Os manuscritos não aceitos ficam à disposição do(s) autor(es) por um ano.

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedadas tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando submetidos a publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, contendo assinatura do(s) autor(es), conforme modelo fornecido pela Revista.

Apresentação do manuscrito

Os artigos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol podem ser acompanhados, além dos resumos (no idioma original do artigo e em inglês), e respectivo número do processo.

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser enviadas em páginas separadas; devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário.

Palavras-chave

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 10 palavras-chave que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês para os artigos submetidos em português e espanhol, estando os mesmos sujeitos a alterações de acordo com o “Medical Subject Headings” da NML.

Abreviaturas

Deve ser utilizada a forma padronizada; quando citadas pela primeira vez, devem ser por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Numeração consecutiva de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos em sobrescrito. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar

os nomes dos 6 primeiros autores; quando ultrapassar este número utilize a expressão et al. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, somente citadas no texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em via de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses “no prelo”. As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que o(s) autor(es) do manuscrito indique(m) ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no *New England Journal of Medicine* 1997; 336: 309 e na *Revista Panamericana de Salud Publica* 1998; 3: 188-96, cuja cópia poderá ser solicitada à Secretaria da Revista

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma Scielo:
<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/editor/submission/11821>

As declarações devem ser endereçadas ao Editor Científico, no seguinte endereço:
Av. Dr. Arnaldo, 715 subsolo - sala S28
01246-904 São Paulo, SP - Brasil
fone/fax (011) 3085 5411
e-mail: revbrepi@edu.usp.br