CENBRAP EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA



MEDICINA DO TRABALHO

Absenteísmo e presenteísmo: como investigar o que o indicador não explica

Absenteísmo e presenteísmo: como investigar o que o indicador não explica

Uma ferramenta clínica e ocupacional para decompor o dado, avaliar capacidade e transformar sinais coletivos em investigação e prevenção.

> Regra de partida
> Indicador é sinal para investigar. Não é diagnóstico, prova de nexo ou decisão automática de aptidão.

Absenteísmo e presenteísmo podem aparecer na mesma equipe e até no mesmo percurso clínico. Este material organiza o que medir, o que perguntar e como integrar a informação ao trabalho real.

1. Primeiro, defina o que está sendo medido

Absenteísmo é uma família de medidas de ausência. Presenteísmo pode significar trabalhar apesar de doença ou estimar limitação de desempenho atribuída à saúde. Sem definição, o número não pode ser interpretado com segurança.[8,9,14]

Pergunta	Por que importa
Qual é a causa registrada?	Separa saúde, licença, acidente e outras ausências
Qual é a janela?	Evita comparar períodos incompatíveis

Pergunta	Por que importa
Qual é o denominador?	Permite considerar população e tempo programado
A unidade é pessoa, episódio ou dia?	Cada unidade responde a uma pergunta distinta
Qual instrumento mede presenteísmo?	Define o construto e o período recordatório

Antes de buscar explicações clínicas, confirme completude do banco, mudanças de registro, teletrabalho, terceirização e política de atestados.

2. Leia a distribuição, não apenas a taxa

O total de dias pode ser dominado por poucos afastamentos longos. A frequência pode crescer com episódios breves. A recorrência mostra repetição, mas não confirma que a causa seja a mesma. Por isso, combine pessoas afetadas, episódios, dias, duração e recorrência.[9]

Medida	Pergunta clínica ou epidemiológica
Pessoas com ausência	O evento está disseminado ou concentrado?
Número de episódios	Há repetição de sequências de ausência?
Dias ou horas perdidos	Qual é o volume absoluto?
Duração mediana	Os episódios tendem a ser breves ou longos?
Recorrência	Quem volta a apresentar novos episódios?

Sempre que possível, observe mediana, percentis e distribuição por grupos com tamanho suficiente para preservar confidencialidade.

3. Presença física não confirma capacidade

O trabalhador pode comparecer e ainda ter perda de atenção, mobilidade, tolerância, velocidade, qualidade ou segurança. Medo de perda de renda, cultura de comparecimento e responsabilidade por pacientes ou clientes influenciam a decisão de permanecer trabalhando.[8,13]

A avaliação deve descrever funcionamento. Pergunte o que a pessoa consegue fazer, por quanto tempo, com que frequência, com qual recuperação e sob quais condições. Depois compare essa capacidade às demandas e aos riscos da atividade real.[6]

Domínio	Perguntas úteis
Físico	Força, mobilidade, tolerância, postura e recuperação
Cognitivo	Atenção, memória, decisão, velocidade e erro
Emocional	Regulação, interação, demanda afetiva e exposição a conflito
Temporal	Jornada, turno, pausas, variação dos sintomas e sono
Segurança	Consequência de falha para trabalhador e terceiros

4. Reconstrua o trabalho real

Cargo e diagnóstico não bastam. Identifique tarefas essenciais, ritmo, autonomia, pausas, metas, jornada, trabalho noturno, deslocamentos, máquinas, direção, atendimento ao público, demanda emocional e

possibilidades concretas de adequação.

> Pergunta central
> Quais exigências desta atividade entram em conflito com o funcionamento atual e quais ajustes modificam esse encontro?

Limitação funcional não equivale a inaptidão automática. Aptidão ocupacional também não estabelece nexo. Cada decisão tem finalidade, base e documentação próprias.

Conheça a Pós em Medicina do Trabalho do CENBRAP

5. Quando o padrão coletivo pede análise do trabalho

Concentração por equipe, turno, tarefa ou período deve ampliar as hipóteses. Carga, ritmo, efetivo, pausas, previsibilidade, autonomia, apoio, violência, assédio e demandas emocionais podem influenciar ausência e presenteísmo.

A NR-1 inclui fatores psicossociais relacionados ao trabalho no GRO. A orientação oficial mantém o foco nas condições e na organização do trabalho e não impõe questionário único. A NR-17 organiza a avaliação das situações de trabalho.[1,2,4]

Sinal agregado	Hipótese a explorar
Pico após determinado turno	Jornada, descanso, efetivo e passagem de plantão

Sinal agregado	Hipótese a explorar
Concentração em uma tarefa	Exigência física, cognitiva ou emocional específica
Retornos seguidos de nova ausência	Compatibilidade entre capacidade, recuperação e tarefa
Pouca ausência com erros e fadiga	Barreiras ao afastamento e presenteísmo
Mudança após nova meta ou processo	Ritmo, recursos, treinamento e autonomia

6. Integre PGR, PCMSO e ergonomia

No GRO, a organização identifica perigos, avalia e classifica riscos, implementa medidas e acompanha controles. O PGR formaliza e integra esse processo, com inventário de riscos e plano de ação. O PCMSO é orientado pelos riscos ocupacionais e deve produzir informação clínica e epidemiológica agregada que subsidie prevenção. A AEP e a AET, quando indicada, examinam a atividade e sua organização.[1,3,4]

Etapa	Ação
1. Validar	Definição, fonte, denominador, completude e confidencialidade
2. Formular	Hipóteses clínicas, ocupacionais, organizacionais e administrativas
3. Observar	Tarefas, ritmo, jornada, pausas, apoio e riscos
4. Integrar	Inventário do PGR e evidência agregada do PCMSO

Etapa	Ação
5. Agir	Medidas preventivas, responsáveis, prazo e evidências
6. Reavaliar	Eficácia sem deslocamento para subnotificação ou presenteísmo

Dados individuais permanecem protegidos. O retorno à gestão deve priorizar padrões agregados e medidas preventivas.

7. Escolha escalas pelo objetivo

Instrumento	O que organiza
SPS-6	Capacidade percebida de manter o trabalho diante de problema de saúde
WPAI	Ausência e prejuízo autorreferido no trabalho e em atividades
HPQ	Ausências e desempenho laboral autorreferido
WLQ	Limitações em demandas de tempo, físicas e mentais/interpessoais
ICT/WAI	Capacidade autorreferida diante das demandas e recursos

Os escores não são intercambiáveis. Nenhum instrumento substitui diagnóstico, análise da atividade, nexo ou decisão de aptidão. Validade depende da versão, população, período de recordação e modo de aplicação.[10,11,12,14,16,17]

Uso inadequado:
seleção, punição, inferência diagnóstica ou exclusão de trabalhadores com base em escore isolado.

8. Ficha de leitura clínica e ocupacional

Use os seis campos abaixo para discutir um caso individual ou um padrão agregado sem pular do número para a conclusão.

Campo	Registro
Sinal observado	O que mudou no dado ou no funcionamento?
Forma do padrão	Frequência, duração, recorrência, concentração e momento
Repercussão funcional	O que deixou de ser feito ou exige maior esforço?
Contexto do trabalho	Tarefa, jornada, riscos, equipe e mudanças recentes
Informação ausente	Dados clínicos, ocupacionais ou administrativos a obter
Próxima ação	Quem investigará, o que será feito e quando reavaliar

A ficha não produz um resultado automático. Ela impede que as perguntas essenciais desapareçam sob uma taxa ou um escore.

9. Limites dos atos médicos

Para estabelecer nexo, a Resolução CFM nº 2.323/2022 exige anamnese e exame clínico presencial, físico e mental, além da história clínica e ocupacional, estudo da organização e do local de trabalho, riscos, epidemiologia, ocorrência em trabalhadores expostos a condições semelhantes, depoimentos e experiência dos trabalhadores, literatura e integração interdisciplinar. Esta síntese não substitui o conjunto integral do art. 2º. Indicadores coletivos geram hipóteses, mas não individualizam causa.[5]

No texto oficial consultado, os arts. 10 e 12 e o § 2º do art. 15 constam como suspensos por decisão judicial. A síntese acima se apoia especialmente nos arts. 2º, 5º e 6º.

A decisão médico-ocupacional compara capacidade atual, exigências e riscos da função e ajustes disponíveis. Tratamento, seguimento, reavaliação, adequação temporária ou afastamento podem ser necessários conforme o caso.

Não confundir:
diagnóstico, limitação funcional, aptidão ocupacional, nexo causal e incapacidade previdenciária são decisões diferentes.

10. Fechamento da análise

Uma resposta útil descreve o sinal, explicita as limitações do dado, apresenta hipóteses concorrentes, identifica informações faltantes e define ação preventiva ou clínica com reavaliação.

Reduzir a taxa não é o único objetivo. Menos ausências acompanhadas por mais presenteísmo, acidentes, rotatividade ou sinais de subnotificação não demonstram, por si só, melhora.

Conheça a Pós em Medicina do Trabalho do CENBRAP

Referências

1. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-1: Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Texto consolidado vigente.

https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-01-atualizada-2025-i-3.pdf

2. Brasil. MTE. Perguntas e Respostas sobre Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. 2026.

https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/PerguntaseRespostasGROPGRMaio2026.pdf

3. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-7: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-07-atualizada-2022-1.pdf

4. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-17: Ergonomia.

https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-17-atualizada-2022.pdf

5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.323/2022.

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2323_2022.pdf

6. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health.

https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health

7. World Health Organization. Guidelines on mental health at work. Geneva: WHO; 2022.

https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052

8. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. J Epidemiol Community Health. 2000;54:502–509.

https://doi.org/10.1136/jech.54.7.502

9. Hensing G et al. How to measure sickness absence? Scand J Soc Med. 1998;26:133–144.

https://doi.org/10.1177/14034948980260020201

10. Koopman C et al. Stanford Presenteeism Scale. J Occup Environ Med. 2002;44:14–20.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11802460

11. Kessler RC et al. The WHO Health and Work Performance Questionnaire. J Occup Environ Med. 2003;45:156–174.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12625231

12. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Brazilian Work Ability Index validity. Rev Saude Publica. 2009;43:525–532.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19347177

13. Bergström G et al. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? J Occup Environ Med. 2009;51:629–638.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19448572

14. McGregor A et al. Variations in presenteeism research: meta-analysis. J Occup Health Psychol. 2018;23:584–601.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28981302

15. CENBRAP. Pós-Graduação EAD em Medicina do Trabalho.

https://cenbrap.edu.br/PosGraduacoesEaD/MTEAD/

16. Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. Pharmacoeconomics. 1993;4:353–365.

https://doi.org/10.2165/00019053-199304050-00006

17. Lerner D et al. The Work Limitations Questionnaire. Med Care. 2001;39:72–85.

https://doi.org/10.1097/00005650-200101000-00009

Conteúdo destinado a médicos. Indicadores agregados apoiam a vigilância, mas não substituem avaliação clínica e ocupacional individual, análise do trabalho ou investigação de nexo.