



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

### **Análise da prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária**

Sara Carolina Santos Tainha

---

**Abril'2018**



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

### **Análise da prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária**

Sara Carolina Santos Tainha

**Orientado por:**

Ana Catarina H. Pinto

---

**Abril'2018**

## **Resumo**

*Objetivos:* Este trabalho pretende identificar as patologias associadas à prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária (CIT) e a sua respectiva duração. Pretende-se também compreender de que forma as características do utente e do médico influenciam a duração do CIT.

*Tipo de estudo:* Estudo observacional descritivo.

*Local:* Unidades de Saúde do ACES Lisboa Norte

*População:* Utentes sob CIT por doença natural e respectivos médicos prescritores.

*Métodos:* Aplicaram-se 2 inquéritos aos médicos – um com variáveis do médico e outro com variáveis do utente - que o médico preenchia sempre que emitia um CIT. Posteriormente, a duração do CIT foi comparada com variáveis do utente e do médico através da aplicação dos testes de Qui-quadrado e correlação de Spearman.

*Resultados:* Durante o estudo foram emitidos 273 CIT por doença natural. As patologias mais frequentes foram perturbação de ansiedade (191.7 dias de duração, IC 95% 1-488.1), perturbação depressiva (186.2 dias, IC 95% 78.5-293.9), síndrome da coluna com irradiação de dor (153.3 dias, IC 95% 44.9-261.7), gripe (5.6 dias, IC 95% 3.2-8.0) e infecção aguda do aparelho respiratório (4.6 dias, IC 95% 3.0-6.2). O nível de escolaridade dos utentes ( $p=0.034$ ), tipo de ocupação ( $p=0.016$ ), grupo de patologias ( $p<0.001$ ) e tipo de unidade de saúde onde ocorre a prescrição ( $p=0.026$ ) influenciam a duração do CIT.

*Conclusões:* As características do utente e do médico influenciam a duração dos CIT. A duração das patologias que mais motivaram a prescrição de CIT foi identificada. No entanto, são necessários mais estudos para recomendar a duração adequada dos CIT nestas patologias. Esse conhecimento pode constituir uma ferramenta importante para a prática clínica nos cuidados de saúde primários.

*Palavras chave:* absentismo laboral, incapacidade laboral, certificado de incapacidade temporária

## **Abstract**

*Goal:* This study aims to identify the illnesses associated with sick leave and their respective length. Additionally, it aims to understand how patient and physician characteristics affect the length of the sick leave.

*Study design:* Descriptive observational study.

*Setting:* ACES Lisboa Norte Health Units

*Study population:* Patients under sick leave due to natural illness and their physicians.

*Methods:* Two surveys were applied to physicians - one regarding doctor's characteristics and another regarding patient's characteristics, which were filled by the physician for every sick leave prescribed. Sick leave length was compared with patient's and physician's characteristics using Chi-square and Spearman correlation tests.

*Results:* 273 patients with sick leave due to natural illness were enrolled. The most common illnesses motivating a sick leave prescription were anxiety disorder (191.7 days of sick leave, 95% CI 1-488.1), depressive disorder (186.2 days, 95% CI 78.5-293.9), back syndrome with radiating pain (153.3 days, CI 95% 44.9-261.7), influenza (5.6 days, 95% CI 3.2-8.0) and upper respiratory infection acute (4.6 days, 95% CI 3.0-6.2). Patients' education levels ( $p = 0.034$ ), occupation type ( $p = 0.016$ ), disease group ( $p < 0.001$ ) and health unit type ( $p = 0.026$ ) influence sick leave length.

*Conclusions:* Patient's and doctor's characteristics influence the length of sick leave. The most prevalent illnesses and respective length were also identified. Further studies are needed to recommend appropriate sick leave's lengths per disease. This knowledge can constitute an important tool for clinical practice in primary health care.

*Key words:* sickness absence, absenteeism, sick leave, work ability.

## Índice

Introdução .....	6
Absentismo Laboral .....	6
Os Certificados de Incapacidade Temporária .....	6
Variáveis que influenciam a prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária .....	7
Problemática da prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária e sua duração: ponto de vista clínico.....	8
Panorama internacional da prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária .....	9
Material e Métodos .....	11
Resultados .....	13
Caracterização dos Certificados de Incapacidade Temporária.....	13
Características demográficas da população de utentes a quem foi prescrito CIT .....	14
Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária emitidos .....	14
Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária iniciais.....	14
Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária prorrogados .....	14
Características demográficas dos médicos prescritores dos CIT .....	16
Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária emitidos .....	16
Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária iniciais.....	16
Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária prorrogados .....	16
Patologias e prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária .....	17
Variáveis preditoras relacionadas com o utente .....	21
Variáveis preditoras relacionadas com o médico prescritor .....	22
Discussão.....	24
Agradecimentos.....	26
Bibliografia .....	27
Anexo A – Certificado de incapacidade temporária para o trabalho (Mod.141.10) .....	31
Anexo B – Questionário médico .....	32
Anexo C – Questionário utente .....	33
Anexo D – Lista de códigos por grupo de patologia.....	34
Anexo E - Dias de CIT por patologias .....	35
Anexo F – Grau de incapacidade por patologias.....	36

## **Introdução**

### **Absentismo Laboral**

Na Europa, o absentismo laboral continua a ser um tema actual que apresenta gastos não desprezíveis e que todos os países tentam diminuir adoptando diferentes estratégias políticas. Segundo dados da *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound)* os custos inerentes ao absentismo continuam a aumentar representando cerca de 2.5% do produto interno bruto destes países <sup>[1]</sup>.

Portugal segue a norma europeia com números também consideráveis. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2014, 1.1 milhões (26%) da população ativa faltou ao trabalho por doença, entre 1 a 7 dias, durante o ano anterior <sup>[2]</sup>. Nos Cuidados de Saúde Primários entre Agosto e Outubro de 2016 foram emitidos 575 867 Certificados de Incapacidade Temporária (CIT). Neste período no ACES Lisboa Norte foram emitidos 9309 CIT por doença natural: 4071 CIT iniciais e 5238 prorrogações <sup>[3]</sup>. Na análise dos dados referentes a Janeiro de 2018 apresentados pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) 146 360 subsídios por doença foram atribuídos, sendo destes 60.4% relativos a mulheres e 39.6% a homens <sup>[4]</sup>. Quanto ao padrão epidemiológico do absentismo laboral verificam-se sobretudo diferenças no que diz respeito ao sexo, idade e profissão <sup>[5]</sup>. O absentismo laboral tende a ser mais frequente no sexo feminino e nas faixas etárias inferiores <sup>[6]</sup>. As profissões do tipo *colarinho azul* <sup>[6][7][8]</sup> (construção civil, agricultura, indústria) registam maior número de dias de incapacidade laboral (em média, 41 dias) <sup>[2]</sup>. Em Portugal, as patologias do sistema músculo-esquelético são das principais causas de incapacidade laboral temporária <sup>[6]</sup> seguidas das patologias do aparelho respiratório<sup>[1]</sup>. Noutros países, além destas também as doenças psiquiátricas são grandes responsáveis pela prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária <sup>[9][10]</sup>, porém atualmente não existem dados que suportem tal facto como realidade portuguesa.

### **Os Certificados de Incapacidade Temporária**

Em Portugal, o Certificado de Incapacidade Temporária (CIT) é o documento que atesta a incapacidade do doente para executar a sua atividade profissional durante

um determinado espaço de tempo <sup>[11]</sup>. O CIT, disponível em formato de formulário (Mod.141.10) pode ser utilizado para a certificação de doença do beneficiário (doença natural, doença profissional, acidente de trabalho), doença de familiar do beneficiário, gravidez de risco clínico ou interrupção de gravidez. A sua prescrição é efectuada, na grande maioria das vezes, nas Unidades de Saúde a cargo do médico de família.

Podem recorrer ao CIT por doença natural trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores por conta própria ou desempregados. Perante doença de início súbito/agudo, que não seja de causa profissional ou provocada por terceiros pode atribuir-se CIT por doença natural, caso este fique incapacitado para comparecer no trabalho. Através da Segurança Social o CIT por doença natural inicial tem a duração mínima de 1 dia e máxima de 12 dias. São permitidas as suas prorrogações que podem ir desde 1 dia até ao máximo 30 dias e que podem também ser renovadas <sup>[12]</sup>.

Este impresso permite ao beneficiário impossibilitado de comparecer no seu local de trabalho, usufruir de uma quantia em dinheiro para compensar a perda de remuneração dos dias em que esteve doente.

### **Variáveis que influenciam a prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária**

As características do utente e do médico são variáveis que influenciam a prescrição e a duração dos CIT.

No que diz respeito aos utentes verifica-se que o género, idade, escolaridade, tipo profissional, nível de incapacidade para o trabalho e patologia condicionam a prescrição de CIT. As mulheres obtêm maior número de certificados de incapacidade laboral e com maior duração, embora apresentem capacidade laboral menos reduzida do que os homens <sup>[13][14][15]</sup>. À medida que a idade aumenta os CIT tendem a ser mais longos <sup>[16][17][18]</sup>. O que também se verificou para indivíduos menos escolarizados, profissionais de *colarinho azul*, patologias do sistema músculo-esquelético e do psicológico <sup>[14][15][19][20]</sup>. Nos trabalhadores *tipo colarinho azul* os CIT por patologia respiratória foram mais prolongados do que nos trabalhadores *tipo colarinho branco* <sup>[21]</sup>. Foi ainda demonstrado que nos trabalhadores *tipo colarinho branco* o síndrome da coluna cervical/ síndrome do ombro doloroso é um fator de risco específico neste grupo para CIT de longa duração <sup>[22]</sup>. A duração de CIT varia também de acordo com o grau de incapacidade laboral (0-10) e género <sup>[23]</sup>. Em situações com incapacidade laboral marcada (grau 6-10) espera-se que as mulheres tenham um tempo de recuperação mais

prolongado do que os homens <sup>[23]</sup>. As patologias do sistema músculo-esquelético e do psicológico estão relacionadas com CIT de maior duração. Destacam-se destes grupos de patologias como principais motivos de CIT a lombalgia, perturbação depressiva e perturbação de ansiedade <sup>[13][24][25]</sup>. Em oposição, as patologias do aparelho respiratório estão relacionadas com CIT de menor duração <sup>[13][17]</sup>.

No que diz respeito ao médico prescriptor verificou-se que médicos com mais anos de experiência prescrevem mais CIT e com maior duração por todas as patologias no geral, mas sobretudo por patologia do sistema músculo-esquelético <sup>[26][27]</sup>. Existiram também diferenças na prescrição de CIT de acordo com o género do profissional de saúde, sendo que médicos homens tendem a considerar sistematicamente que a capacidade de trabalho está menos afectada nas mulheres do que nos homens, quando lhe prescrevem CIT <sup>[13]</sup>. Mulheres médicas propõem CIT aos seus utentes com maior frequência <sup>[28]</sup>.

### **Problemática da prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária e sua duração: ponto de vista clínico**

O absentismo laboral pode ser considerado como uma questão pertinente no âmbito da saúde pública tendo em conta as problemáticas sociais, laborais e sobretudo individuais. Os médicos, podem, pela subjetividade da avaliação clínica, ter algumas dificuldades na decisão da prescrição do CIT bem como na sua duração, devido à complexidade da avaliação do grau de incapacidade para o trabalho e, por vezes, discordância com o utente sobre a necessidade de CIT ou da sua prorrogação <sup>[29][30][31][32]</sup>. Quando o médico estabelece a duração do CIT baseado nos achados do exame físico estes tendem a ser mais curtos. Contrariamente, quando não existem dados no exame objectivo e a prescrição é baseada apenas na história clínica e nas afirmações do utente estes tendem a ser mais longos <sup>[33]</sup>. A prescrição dos CIT torna-se especialmente difícil, demorada e desafiadora quando as queixas são inespecíficas, sem perdas de função associadas ou exame físico sugestivo <sup>[34]</sup>.

Verifica-se também uma prescrição desnecessariamente prolongada de CIT, sobretudo para evitar conflitos com os utentes <sup>[35]</sup>. No entanto, a duração do CIT pode ter repercussões no prognóstico do doente <sup>[35]</sup>. Um período curto de incapacidade laboral pode traduzir-se numa recaída ao passo que um período demasiado longo pode

constituir fator de risco para depressão major <sup>[29][36]</sup>. Para além disso, a grande maioria dos doentes e sobretudo os doentes psiquiátricos <sup>[37]</sup> beneficiam de menores períodos de CIT e do rápido regresso ao seu trabalho <sup>[38][39][40]</sup>. Estes achados sobre a duração de CIT levam também a outra questão: haverá uniformização dos tempos de prescrição de CIT para as mesmas patologias?

### **Panorama internacional da prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária**

Existem alguns países (França, Sérvia, Espanha, Suécia, Holanda, USA, Canadá) que dispõem de *guidelines* com a respetiva duração média de incapacidade laboral mediante determinado diagnóstico. Embora, comparadas apresentem durações díspares para cada diagnóstico <sup>[41]</sup> a criação de *guidelines* continua a ser considerada uma ferramenta muito útil e necessária aquando da prescrição de CIT <sup>[29][42]</sup>. A Segurança Social Espanhola, a título de exemplo, disponibiliza o *Manual de Tempos Ótimos de Incapacidade Laboral*. Este manual permite aos médicos um acesso a listas de diagnósticos com os respetivos tempos ótimos de incapacidade, podendo estes ser ajustados mediante a profissão e idade do paciente <sup>[43]</sup>. Também no Canadá existem *guidelines* com uma extensa lista de diagnósticos do aparelho músculo-esquelético e respetivos períodos de incapacidade laboral adequados ao tipo de profissão <sup>[44]</sup>. Em Portugal, foi publicado em decreto regulamentar uma “Lista das Doenças Profissionais” que contempla para cada doença profissional um determinado número de dias de incapacidade associado <sup>[45]</sup>.

De acordo com algumas destas *guidelines* e literatura existente considera-se duração de CIT: 5.0-6.2<sup>[46]</sup> ou 7 dias na gripe, 4 dias na infecção respiratória aguda alta; 30-120 dias na perturbação depressiva, 15-45 dias na perturbação de ansiedade; 14-45 dias na síndrome do ombro doloroso e 20-30 dias na síndrome da coluna <sup>[43]</sup>.

Estas ferramentas que auxiliam o médico no momento da prescrição e permitem uma decisão mais informada podem ser uma mais-valia na uniformização e regulação da prescrição de CIT.

Em suma, parece necessário que surjam orientações para a duração dos CIT. A consulta de uma fonte credível neste âmbito permitiria uma prescrição adequada possibilitando melhorias na qualidade de vida dos doentes e minimização dos custos de saúde. A aplicação de regras transversais aos profissionais envolvidos na emissão de CIT resultaria assim numa melhor gestão de custos, assim como num melhor serviço

prestado ao doente. Antes de se tentar propor esta normalização de recomendações será necessário um maior conhecimento da realidade nacional.

Nesse sentido, os principais objetivos deste trabalho serão:

- Identificar quais as patologias associadas à prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária (CIT);
- Identificar a duração dos CIT para cada patologia;
- Compreender de que forma variáveis relacionadas com o utente (género, grupo etário, tipo de colarinho e patologia) influenciam a duração dos CIT.
- Compreender de que forma variáveis relacionadas com o médico prescritor (anos de serviço, género, local de trabalho) influenciam a duração dos CIT.

## Material e Métodos

Realizou-se um estudo observacional descritivo que se baseou no preenchimento de inquéritos pelo médico. Foi solicitado consentimento verbal aos utentes, apesar dos dados recolhidos não possuírem conteúdo pessoal que permitisse a sua identificação. O protocolo foi aprovado pela comissão de ética da ARS Lisboa e Vale do Tejo e pela direcção do ACES Lisboa Norte. Para o cálculo da amostra foi considerado que, em 2016, foram prescritos 9309 CIT por Doença Natural, no ACES Lisboa Norte da ARSLVT<sup>[3]</sup> e portanto estimou-se que a amostra fosse de 263 CIT, para um nível de confiança de 90% e uma margem de erro de 5%. Esta dimensão amostral foi obtida por um calculador que considerou uma proporção populacional de 50% para obter a maior dimensão amostral.

O projecto foi apresentado em 6 Unidades de Saúde - 3 Unidades de Saúde Familiar (USF) e 3 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) - dentro do ACES Lisboa Norte. Todos os médicos destas unidades foram convidados para durante 3 meses preencherem 2 inquéritos (em anexo) - um de participação com as características do médico prescriptor (idade, género, número de anos de serviço e local de trabalho) e outro com as características do utente (idade, género, escolaridade, tipo de profissão e estado profissional, motivo do CIT, número total de dias de CIT e nível de incapacidade laboral) sempre que emitiam um CIT por doença natural.

Os dados recolhidos foram exportados para uma base de dados Microsoft Office Excel® e efectuada análise estatística descritiva. Foram estudadas variáveis sociodemográficas do utente como a idade, género, escolaridade, tipo de profissão e estado profissional (activo/inactivo), motivo do CIT, número total de dias de CIT e nível de incapacidade laboral do utente numa escala de 0 a 10<sup>[23]</sup>, sendo 0 nada incapaz e 10 incapaz de efectuar qualquer tipo de trabalho. Foram também analisadas as características do médico prescriptor: idade, género, número de anos de prática clínica e local de trabalho (USF ou UCSP). Foram excluídos todos os inquéritos que não se encontravam devidamente preenchidos (sem motivo de CIT ou nº de dias de CIT), inquéritos que não correspondiam a CIT por doença natural e inquéritos que correspondiam a CIT do mesmo utente pela mesma patologia. As profissões foram agrupadas e posteriormente classificadas em profissões do *tipo colarinho branco* ou *tipo colarinho azul*. Os motivos de CIT descritos na folha de registos, segundo o código

ICPC-2, foram divididos por grupos de patologias - aparelho respiratório (R), sistema músculo-esquelético (L), psicológico (P), aparelho digestivo (D) e pele (S). Os restantes códigos recolhidos foram considerados no grupo outras patologias.

## Resultados

### Caracterização dos Certificados de Incapacidade Temporária

O estudo decorreu em 3 USF e 3 UCSP do ACES Lisboa Norte. Durante os 3 meses de aplicação do estudo foram obtidos 273 inquéritos correspondentes a 273 CIT.

A média do número de dias de CIT prescritos foi 126.8 dias (IC 95% 93.6-160). Durante o tempo de estudo a maior parte dos utentes esteve sob CIT durante 1-12 dias (54.2%, n = 148) (Tabela 1).

Foram contabilizados 132 CIT iniciais e 141 CIT prorrogados (Tabela 2).

Tabela 1- Caracterização do total de CIT emitidos

	Caracterização dos CIT	Média 95% IC	Desvio Padrão	Máximo/Mínimo
<b>Total de CIT emitidos</b>	273	126.8 ± 33.2	280.1	máx. = 2220 min. = 1
<b>Dias de CIT prescritos</b>				
1-12	148 (54.2%)	5.9 ± 0.6	3.9	máx. = 12 min. = 1
13-42	35 (12.8%)	28.4 ± 3.4	10.2	máx. = 42 min. = 14
>42	90 (33%)	363.7 ± 81.1	392.4	máx. = 2220 min. = 51

Tabela 2 – Características dos CIT iniciais e prorrogados

	Caracterização dos CIT	Média 95% IC	Desvio Padrão	Máximo/Mínimo
<b>Total de CIT emitidos</b>	273			
CIT iniciais	132 (48.4%)	5.9 ± 0.7	4.0	máx. = 12 min. = 1
CIT prorrogados	141 (51.6%)			
<b>CIT prorrogados: Total de dias prescritos</b>				
1-12	16 (11.3%)	5.9 ± 1.3	2.7	máx. = 11 min. = 2
13-42	35 (24.8%)	28.4 ± 3.4	10.2	máx. = 42 min. = 14
>42	90 (63.8%)	363.7 ± 81.1	392.4	máx. = 2220 min. = 51

## **Características demográficas da população de utentes a quem foi prescrito CIT**

### **Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária emitidos**

As mulheres correspondem a 65.6% (n = 179) dos utentes com CIT. A idade média apresentada foi 44.2 anos (IC 95% 42.7-45.7).

Da população analisada 35.9% (n = 98) concluiu o ensino superior, 27.1% (n = 74) ensino secundário e em 12.8% (n = 35) da amostra não foi possível determinar qual a escolaridade do doente.

Quanto ao tipo de profissão exercida 51.3% (n = 140) possuía uma profissão do *tipo colarinho branco*, 33.0% (n = 90) uma profissão do *tipo colarinho azul* e em 15.8% (n = 43) da amostra não foi possível determinar qual a profissão exercida pelo utente no momento da prescrição. A grande maioria da população analisada encontrava-se no estado profissional activo (95.2%, n = 260). Enquanto, 4.8% (n = 13) da amostra encontrava-se no estado profissional inactivo e sob CIT (Tabela 3).

### **Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária iniciais**

As mulheres correspondem a 67.4% (n = 89) dos utentes com CIT iniciais. A idade média apresentada foi 42.4 anos (IC 95% 40.1-44.7).

Da população analisada 35.6% (n = 47) concluiu o ensino superior, 32.6% (n = 43) o ensino secundário e em cerca de 14.4% (n = 19) da amostra não foi possível determinar qual a escolaridade do utente.

Quanto ao tipo de profissão exercida 56.8% (n = 75) possuía uma profissão do *tipo colarinho branco*, 27.3% (n = 36) uma profissão do *tipo colarinho azul* e em 15.9% (n = 21) da amostra não foi possível determinar qual a profissão exercida pelo doente no momento da prescrição. A grande maioria da população analisada encontrava-se no estado profissional activo (98.5%, n = 130), ao passo que 1.5% (n = 2) encontravam-se no estado profissional inactivo (Tabela 3).

### **Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária prorrogados**

As mulheres correspondem a 63.8% (n = 90) dos utentes com CIT renovados durante o período de estudo. A idade média apresentada foi 45.9 anos (IC 95% 44.1-47.7).

Da população estudada 36.2% (n = 51) concluiu o ensino superior, 22.0% (n = 31) ensino secundário e em cerca de 11.3% (n = 16) da amostra não foi possível determinar qual a escolaridade do utente.

Quanto ao tipo de profissão exercida 46.1% (n = 65) possuía uma profissão do *tipo colarinho branco*, 38.3% (n = 54) uma profissão do *tipo colarinho azul* e em 15.6% (n = 22) da amostra não foi possível determinar qual a profissão exercida pelo utente no momento da prescrição.

A grande maioria da população analisada encontrava-se no estado profissional activo (92.2%, n = 130). Enquanto, 7.8% (n = 11) encontravam-se no estado profissional inactivo (Tabela 3).

Tabela 3 - Características demográficas dos utentes

	<b>Total de CIT Emitidos (n = 273)</b>	<b>CIT Iniciais (n = 132)</b>	<b>CIT Prorrogados (n = 141)</b>
<b>Género, n (%)</b>			
Masculino	94 (34.4%)	43 (32.6%)	51 (36.2%)
Feminino	179 (65.6%)	89 (67.4%)	90 (63.8%)
<b>Idade (anos), Média 95% IC (dp)</b>	44.2 ± 1.5 (12.4)	42.4 ± 2.3 (13.3)	45.9 ± 1.8 (11.2)
<b>Idade, n (%)</b>			
18-35	72 (26.4%)	44 (33.3%)	28 (19.9%)
36-50	112 (41.0%)	50 (37.9%)	62 (44.0%)
51-68	89 (32.6%)	38 (28.8%)	51 (36.2%)
<b>Escolaridade, n (%)</b>			
Analfabeto	2 (0.7%)	0 (0.0%)	2 (1.4%)
1º Ciclo	25 (9.2%)	8 (6.1%)	17 (12.1%)
2º Ciclo	17 (6.2%)	7 (5.3%)	10 (7.1%)
3º Ciclo	22 (8.1%)	8 (6.1%)	14 (9.9%)
Ensino Secundário	74 (27.1%)	43 (32.6%)	31 (22.0%)
Ensino Superior	98 (35.9%)	47 (35.6%)	51 (36.2%)
Não sabe ou Não responde	35 (12.8%)	19 (14.4%)	16 (11.3%)
<b>Tipo de Trabalho, n (%)</b>			
Colarinho Branco	140 (51.3%)	75 (56.8%)	65 (46.1%)
Colarinho Azul	90 (33.0%)	36 (27.3%)	54 (38.3%)
Não sabe ou Não responde	43 (15.8%)	21 (15.9%)	22 (15.6%)
<b>Estado Profissional, n (%)</b>			
Activo	260 (95.2%)	130 (98.5%)	130 (92.2%)
Inactivo	13 (4.8%)	2 (1.5%)	11 (7.8%)

## **Características demográficas dos médicos prescritores dos CIT**

### **Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária emitidos**

Os CIT foram prescritos por 27 médicos.

Dos 273 CIT emitidos 26.0% (n = 71) foram prescritos por médicos homens e 74.0% (n = 202) por mulheres. A maioria destes médicos apresentavam menos de 20 anos de experiência clínica (62.6%, n = 171). A idade de anos trabalho calculada foi de 17.4 anos (IC 95% 4-30.8). Destes, 79.9% (n = 218) encontravam-se a prestar funções em Unidades de Saúde Familiar (USF) e 20.1% (n = 55) em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Tabela 4).

### **Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária iniciais**

Dos médicos que prescreveram CIT iniciais 22.0% (n = 29) eram homens e 78.0% (n = 103) mulheres. A maioria destes médicos apresentavam menos de 20 anos de experiência clínica (65.2%, n = 86). A idade média de anos trabalho foi de 16.1 anos (IC 95% 13.8-18.4). Destes, 79.5% (n = 105) encontravam-se a prestar funções em Unidades de Saúde Familiar (USF) e 20.5% (n = 27) em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Tabela 4).

### **Análise dos Certificados de Incapacidade Temporária prorrogados**

Dos médicos que prorrogaram CIT 26.0% (n = 42) eram homens e 74.0% (n = 99) mulheres. A maioria destes médicos apresentavam menos de 20 anos de experiência clínica (60.3%, n = 85). A idade média de anos trabalho foi de 18.7 anos (IC 95% 16.5-20.9). Destes, 80.1% (n = 113) encontravam-se a prestar funções em Unidades de Saúde Familiar (USF) e 19.9% (n = 28) em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Tabela 4).

Tabela 4 - Características demográficas dos médicos prescritores

	<b>Total de CIT Emitidos (n = 273)</b>	<b>CIT Iniciais (n = 132)</b>	<b>CIT Prorrogados (n = 141)</b>
<b>Género, n (%)</b>			
Masculino	71 (26.0%)	29 (22.0%)	42 (26.0%)
Feminino	202 (74.0%)	103 (78.0%)	99 (74.0%)
<b>Anos de Trabalho (anos), Média 95% IC (dp)</b>	17.4 ± 1.6 (13.4)	16.1 ± 2.3 (13.2)	18.7 ± 2.2 (13.5)
<b>Anos de Trabalho, n (%)</b>			
≤ 20	171 (62.6%)	86 (65.2%)	85 (60.3%)
> 20	102 (37.4%)	46 (34.8%)	56 (39.7%)
<b>Tipo de Unidade de Saúde, n (%)</b>			
USF	218 (79.9%)	105 (79.5%)	113 (80.1%)
UCSP	55 (20.1%)	27 (20.5%)	28 (19.9%)

### **Patologias e prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária**

As patologias que motivaram a prescrição de CIT durante a recolha de dados pertencem, de acordo com o ICPC-II, ao grupo do aparelho respiratório (R) (24.5%, n = 67), sistema músculo-esquelético (L) (22.3 %, n = 61), psicológico (P) (20.5%, n = 56), aparelho digestivo (D) (8.1%, n = 22) e outras (20.5%, n = 56) (Tabela 5).

As patologias mais frequentes foram perturbação depressiva (P76), infecção aguda do aparelho respiratória (R74), gripe (R80), perturbação de ansiedade (P74), síndrome da coluna com irradiação de dores (L86), síndrome do ombro doloroso (L92), gastroenterite (D73), pneumonia (R81), osteoartrose do joelho (L90) e sinusite crónica/aguda (R75) (Tabela 5).

Tabela 5 - Patologias prescritas nos CIT

	<b>Total de CIT Emitidos (n = 273)</b>
<b>Grupos de Patologias, n (%)</b>	
R	67 (24.5%)
L	61 (22.3%)
P	56 (20.5%)
D	22 (8.1%)
S	11 (4.0%)
Outras	56 (20.5%)
<b>Patologias, n (%)</b>	
P76	36 (13.2%)
R74	22 (8.1%)
R80	17 (6.2%)
P74	14 (5.1%)
L86	12 (4.4%)
L92	12 (4.4%)
D73	9 (3.3%)
R81	6 (2.2%)
L90	5 (1.8%)
R75	5 (1.8%)
Outros	135 (49.5%)

Quanto aos grupos de patologias e respectivo número de dias de CIT, no total de CIT emitidos, verificou-se:

- Nas patologias do aparelho respiratório (R), duração média de 19.7 dias (IC 95% 1-38.8);
- Patologias do sistema músculo-esquelético (L) apresentaram duração média de 200.1 dias (IC 95% 120.6-279.6);
- Patologias do psicológico (P) apresentaram 175.6 dias (IC 95% 73-278.2);
- Patologias do aparelho digestivo (D) apresentaram 105.3 dias (IC 95% 22.2-188.4);
- Patologias da pele (S) apresentaram uma duração média de 19.6 dias (IC 95% 1-35.2).

Verificou-se também maior número de CIT iniciais nas patologias do aparelho respiratório (R), aparelho digestivo (D) e pele (S). As restantes estão associadas a maior número de CIT prorrogados.

Na Tabela 6 apresentam-se os dados acima descritos de forma esquematizada.

Tabela 6 - Dias de CIT e grupos de patologias

	<b>R</b> (n = 67)	<b>L</b> (n = 61)	<b>P</b> (n = 56)	<b>D</b> (n = 22)	<b>S</b> (n = 11)
<b>Dias de CIT prescritos, n (%)</b>					
1-12	60 (89.6%)	17 (27.9%)	26 (46.4%)	16 (72.7%)	8 (72.7%)
13-42	4 (6%)	11 (18%)	6 (10.7%)	1 (4.5%)	2 (18.2%)
> 42	3 (4.5%)	33 (54.1%)	24 (42.9%)	5 (22.7%)	1 (9.1%)
<b>Média de dias prescritos, 95% IC (dp), Máx/Min</b>					
Total de CIT emitidos	19.7 ± 19.1 (79.9) máx. = 578/ min. = 1	200.1 ± 79.5 (316.8) máx. = 2005/ min. = 1	175.6 ± 102.6 (391.6) máx. = 2220/ min. = 1	105.3 ± 83.1 (198.8) máx. = 672/ min. = 1	19.6 ± 15.6 (26.4) máx. = 102/ min. = 4
CIT iniciais	4 ± 0.7 (2.8) máx. = 12/ min. = 1	8.4 ± 1.1 (4.4) máx. = 12/ min. = 1	8.7 ± 0.9 (3.5) máx. = 12/ min. = 1	2.9 ± 0.7 (1.8) máx. = 6/ min. = 1	9.6 ± 1.8 (3) máx. = 12/ min. = 4
CIT prorrogados	74.3 ± 37.6 (157) máx. = 578/ min. = 2	274.2 ± 86.7 (345.5) máx. = 2005/ min. = 14	320.2 ± 128.6 (491.1) máx. = 2220/ min. = 20	207.6 ± 100.7 (241.1) máx. = 672/ min. = 2	37.3 ± 22.3 (37.7) máx. = 102/ min. = 10

A duração média de CIT nas patologias mais frequentes, tendo em conta o total de CIT emitidos foi:

- 191.7 dias (IC 95% 1-488.1) na perturbação de ansiedade (P74);
- 186.2 dias (IC 95% 78.5-293.9) na perturbação depressiva (P76);
- 4.6 dias (IC 95% 3.0-6.2) na infecção aguda respiratória alta (R74);
- 5.6 dias (IC 95% 3.2-8.0) na gripe (R80);
- 13.5 dias (IC 95% 5.3-21.7) na pneumonia (R81);
- 153.3 dias (IC 95% 44.9-261.7) na síndrome da coluna com irradiação de dores (L86);

- 640.2 dias (IC 95% 8.6-1271.8) na osteoartrose do joelho (L90);
- 154.8 dias (IC 95% 58.5-251.1) na síndrome do ombro doloroso (L92);
- 4.0 dias (IC 95% 2.2-5.8) na sinusite crónica/aguda (R75);
- 2.7 dias (IC 95% 1.0-4.6) na gastroenterite (D73).

Em Anexo E - Dias de CIT por patologias, apresentam-se os dados acima descritos de forma esquematizada.

Tendo em conta a escala de incapacidade laboral de 0 a 10 aplicada no momento da prescrição do CIT, sendo 0 nada incapaz e 10 incapaz de efectuar qualquer tipo de trabalho, verificou-se que no total de CIT emitidos a maioria dos médicos classificou a incapacidade do utente com grau 7-8 em 38.8% (n = 106) e 9-10 em 37.0% (n = 101). O grau de incapacidade laboral médio foi de 7.7 (IC 95% 7.5-7.9) (Tabela 7).

Tabela 7 - Grau de Incapacidade laboral

	<b>Total de CIT Emitidos (n = 273)</b>
<b>Grau de incapacidade, 95% IC (dp)</b>	7.7 ± 0.2 (1.8)
<b>Grau de incapacidade, n (%)</b>	
0-2	5 (1.8%)
3-4	8 (2.9%)
5-6	53 (19.4%)
7-8	106 (38.8%)
9-10	101 (37.0%)

O grau de incapacidade laboral do utente no grupo de patologias do aparelho respiratório (R), sistema músculo-esquelético (L), foro psicológico (P) e pele (S) foi classificado entre 7-8 na maioria dos casos. Nas patologias digestivas (D) no momento da prescrição do CIT o grau de incapacidade foi avaliado como 9-10 em 45.5% (n = 10) dos casos (Tabela 8).

Tabela 8 - Grupo de patologia e grau de incapacidade laboral

	<b>R</b> (n = 67)	<b>L</b> (n = 61)	<b>P</b> (n = 56)	<b>D</b> (n = 22)	<b>S</b> (n = 11)
<b>Grau de incapacidade, n (%)</b>					
0-2	1 (1.5%)	1 (1.6%)	1 (1.8%)	0 (0%)	0 (0%)
3-4	2 (3.0%)	0 (0%)	3 (5.4%)	2 (9.1%)	0 (0%)
5-6	16 (23.9%)	7 (11.5%)	13 (23.2%)	5 (22.7%)	1 (9.1%)
7-8	27 (40.3%)	27 (44.3%)	24 (42.9%)	5 (22.7%)	6 (54.5%)
9-10	21 (31.3%)	26 (42.6%)	15 (26.8%)	10 (45.5%)	4 (36.4%)

A perturbação depressiva (P76), perturbação de ansiedade (P74), gripe (R80), pneumonia (R81), síndrome da coluna com irradiação de dores (L86) e síndrome do ombro doloroso (L92) foram avaliadas na maioria dos casos com grau 7-8 de incapacidade laboral. Gastroenterite (D73) e sinusite crónica/aguda (R75) foram avaliadas na maioria dos casos com grau 9-10 de incapacidade laboral (Anexo F – Grau de incapacidade por patologias).

### Variáveis preditoras relacionadas com o utente

No que concerne às variáveis relacionadas com o utente na prescrição de CIT verificou-se que existe relação entre escolaridade ( $p=0.034$ ), tipo de trabalho ( $p=0.016$ ), grupo de patologia ( $p<0.001$ ) e a duração do CIT.

Utentes que apresentaram CIT mais longos tinham menor escolaridade [menos que o 3º ciclo com CIT de 220.2 dias (IC95% 99.2-305.2) vs ensino secundário e ensino superior com 66.1 dias (IC95% 37.0-95.2) e 94.9 dias (IC95% 61.9-127.9), respectivamente] e exerciam maioritariamente profissões do tipo *colarinho azul* (181.0 dias, IC95% 96-262.4 vs *colarinho branco* 80.9 dias, IC95% 55.3-106.5). Verificou-se ainda que patologias do sistema músculo-esquelético (L) e patologias do psicológico (P) estão associadas a tempos superiores de CIT, em oposição às patologias do aparelho respiratório (R) que apresentam tempos inferiores (L 200.1 dias, IC95% 120.6-279.6 e P 175.6 dias, IC95% 73-278.2 vs R 19.7 dias, IC95% 6.0-38.8). Não se registaram neste estudo diferenças estatisticamente significativas entre idade do utente, género ( $p=0.702$ ), grau de incapacidade laboral ( $p=0.215$ ) e a duração do CIT (Tabela 9 e Tabela 10). No que diz respeito à idade do utente o teste utilizado mostra que não existe

ou é negligível a relação entre idade dos utentes e número de dias prescritos ( $R_s < 0.2$ ). No caso dos CIT com duração superior a 42 dias, existe uma correlação fraca, o aumento da idade leva ao aumento do total de dias de CIT ( $0.2 < R_s < 0.3$ ).

Tabela 9 - Idade dos utentes e duração de CIT

		Soma de Dias de CIT Prescritos			
		1-12	13-42	>42	Total
<b>Idade</b>	Rs	0.172	0.346	0.342	0.24614
	P-value	0.037	0.042	0.001	<0.001
	n	148	35	90	273

Tabela 10 - Variáveis do utente e duração de CIT

Variáveis Preditoras	1-12 dias	13-42 dias	>42 dias	Média (95% IC)	Desvio Padrão	P-value
<b>Género, n(%)</b>						0.702
Masculino	48 (32.4%)	12 (34.3%)	34 (37.8%)	119.0 ± 55.5	274.4	
Feminino	100 (67.6%)	23 (65.7%)	56 (62.2%)	130.8 ± 40.2	274.4	
<b>Escolaridade, n(%)</b>						0.034
3º Ciclo ou Menor	26 (20.2%)	11 (33.3%)	29 (38.2%)	220.2 ± 103.0	427.0	
Ensino Secundário	49 (38.0%)	8 (24.2%)	17 (22.4%)	66.1 ± 29.1	127.7	
Ensino Superior	54 (41.9%)	14 (42.4%)	30 (39.5%)	94.9 ± 33	166.5	
<b>Tipo de Trabalho, n(%)</b>						0.016
Colarinho Branco	86 (69.4%)	17 (53.1%)	37 (50.0%)	80.9 ± 25.6	154.6	
Colarinho Azul	38 (30.6%)	15 (46.9%)	37 (50.0%)	181 ± 81.4	394.2	
<b>Grupos de Patologia, n(%)</b>						<0.001
R	60 (40.5%)	4 (11.4%)	3 (3.3%)	19.7 ± 19.1	79.9	
L	17 (11.5%)	11 (31.4%)	33 (36.7%)	200.1 ± 79.5	316.8	
P	26 (17.6%)	6 (17.1%)	24 (26.7%)	175.6 ± 102.6	391.6	
Outros	45 (30.4%)	14 (40.0%)	30 (33.3%)	-	-	
<b>Impacto das Patologias, n(%)</b>						0.215
0-4	7 (4.7%)	1 (2.9%)	5 (5.6%)	212.6 ± 216.7	398.7	
5-6	36 (24.3%)	3 (8.6%)	14 (15.6%)	105.2 ± 70	259.9	
7-8	56 (37.8%)	18 (51.4%)	32 (35.6%)	80.7 ± 29	152.2	
9-10	49 (33.1%)	13 (37.1%)	39 (43.3%)	175.4 ± 76.4	391.6	

### Variáveis preditoras relacionadas com o médico prescriptor

Relativamente às variáveis preditoras relacionadas com o médico prescriptor, neste estudo, verificou-se que CIT prescritos nas USF tendem a ser mais prolongados (138.2 dias de CIT vs 81.3 dias UCSP,  $p=0.026$ ). Não existiu relação estatisticamente

significativa entre a idade dos médicos, o género e a duração de CIT. Os dados encontram-se apresentados na Tabela 11 e Tabela 12.

Tabela 11 - Anos de experiência dos médicos e relação de CIT

		Soma de Dias de CIT Prescritos			
		1-12	13-42	>42	Total
<b>Anos de Trabalho</b>	Rs	-0.003	-0.329	0.104	0.24614
	<i>P-value</i>	0.976	0.054	0.33	0.99998
	n	148	35	90	273

Tabela 12 - Variáveis do médico e duração de CIT

<b>Variáveis</b>				<b>Média</b>	<b>Desvio</b>	
<b>Preditoras</b>	<b>1-12 dias</b>	<b>13-42 dias</b>	<b>&gt;42 dias</b>	<b>(95% IC)</b>	<b>Padrão</b>	<b><i>P-value</i></b>
<b>Género, n (%)</b>						0.118
Masculino	34 (23.0%)	14 (40.0%)	23 (25.6%)	94.1 ± 33.6	144.5	
Feminino	114 (77.0%)	21 (60.0%)	67 (74.4%)	138.2 ± 43.2	313.3	
<b>Tipo de Unidade de Saúde, n (%)</b>						0.026
USF	121 (81.8%)	22 (62.9%)	75 (83.3%)	138.2 ± 40.6	305.5	
UCSP	27 (18.2%)	13 (37.1%)	15 (16.7%)	81.3 ± 34.2	129.4	

## Discussão

De acordo com os resultados apresentados neste estudo verificou-se que os grupos de patologias que mais motivaram a prescrição de CIT foram patologias do aparelho respiratório (R), sistema músculo-esquelético (L) e psicológico (P). As patologias que motivaram o CIT e as respectivas durações foram descritas e verificou-se que, tal como descrito na literatura, este trabalho demonstra que as patologias do aparelho respiratório (R) apresentam duração de CIT inferior às patologias do sistema músculo-esquelético (L) e do sistema psicológico (P). Verificou-se que os CIT por patologia do aparelho respiratório foram sobretudo CIT iniciais, de curta duração (até 12 dias), o que indica que muito possivelmente se tratava de doença aguda. No que concerne aos CIT por patologia do sistema músculo esquelético e do psicológico, estes foram na sua maioria CIT prolongados com várias prorrogações associadas. Estes CIT prolongados revelam-se muitas vezes problemáticos, visto que ao longo da evolução da doença os sinais objetivos de incapacidade podem tornar-se frustes. Esta subjetividade clínica condiciona a decisão do médico, principalmente quando este decide terminar a baixa e fomentar o retorno do doente ao trabalho <sup>[33][34]</sup>. Para além disso, também devem ser sempre consideradas as características individuais e demográficas do utente e do médico que podem dar origem a CIT prolongados.

Evidência anterior demonstra que as variáveis do utente que provocam aumento da duração de CIT são a idade, baixa escolaridade, profissões do *tipo colarinho azul* e as patologias do sistema músculo-esquelético e do sistema psicológico. Já as patologias do aparelho respiratório (R) estão associadas a menores tempos de CIT <sup>[14][15][19][20]</sup>. Os resultados obtidos no nosso estudo são concordantes com estes achados. Embora a correlação seja fraca, verificou-se que existe dependência entre idade do utente e dias de CIT quando estes são mais longos (>42 dias). Para além disso, apesar de estar descrito que as mulheres obtêm CIT com duração mais prolongada <sup>[13][14][15]</sup> e que em situações com o mesmo grau de incapacidade laboral as mulheres têm CIT mais prolongado do que os homens <sup>[23]</sup>, neste estudo não se observaram diferenças entre o género, grau de incapacidade laboral e a duração do CIT. As diferenças entre o presente estudo e a literatura no que diz respeito ao género poderão dever-se ao facto deste estudo ter excluído todos os CIT por gravidez de risco e ter considerado apenas os CIT por doença natural.

Os resultados obtidos demonstraram que relativamente ao médico prescritor o local de prescrição teve influência na duração dos CIT, sendo os prescritos nas USF mais prolongados do que os prescritos nas UCSP. Não se observaram diferenças entre idade dos médicos, o género e a duração de CIT. No entanto, segundo a literatura médicos com mais anos de experiência prescrevem mais CIT e com maior duração [26][27].

Este trabalho é um estudo preliminar e, por isso, não é isento de limitações. A amostra corresponde a 6 Unidades de Saúde (3 USF e 3 UCSP) do ACES Lisboa Norte, e por isso os resultados podem ter alguma influência regional e não ser completamente representativos de toda a população portuguesa. Para além disso, o estudo foi aplicado durante 3 meses que coincidiram com os meses de inverno e por isso pode haver predomínio de algumas patologias sazonais típicas desta estação. É também de salientar que os três primeiros dias de CIT não são contabilizados para efeitos de pagamento, sendo que em alguns casos pode ter sido solicitado apenas um atestado médico. Dessa forma, não são emitidos CIT e por isso, podemos ter menor número de CIT de curta duração (inicial).

Os resultados deste estudo reafirmam que variáveis tanto do utente como do médico são importantes e tem influência na duração dos CIT. Identificou-se também as a duração média das patologias prescritas e, utilizando o exemplo dos países que já utilizam *guidelines* para estabelecer a duração de CIT, estes dados poderão ser úteis e orientativos para a prática clínica nos cuidados de saúde primários em Portugal se futuramente as patologias forem aprofundadas individualmente. Desta forma, seria interessante realizar um estudo semelhante que se focasse em cada patologia em particular e analisasse o número de dias prescritos mediante as variáveis do utente. Seria importante quantificar a influência dessas variáveis na duração de CIT para posteriormente se poder ajustar a duração de CIT consoante condicionantes individuais. Do ponto de vista médico, os CIT prescritos nas USF foram mais prolongados. Estas orientações podem constituir uma ferramenta para os médicos que vêm a sua decisão muitas das vezes influenciada por questões subjetivas inerentes à manutenção de uma boa relação com os utentes e à sua adesão aos cuidados de saúde primários, o que poderá explicar o maior número de dias de CIT associados a médicos prescritores da USF.

## **Agradecimentos**

Incompreensível seria se não deixasse aqui um profundo obrigado a todos os que contribuíram para que este trabalho se tornasse uma realidade.

Gostaria de agradecer sobretudo à Dr<sup>a</sup> Catarina Pinto por mais que uma tutora ter sido uma orientadora, sempre disponível em todos os momentos de dúvida. À Dr<sup>a</sup> Paula Broeiro e Dr<sup>a</sup> Sara Cardoso deixo também um agradecimento pela maneira como me fizeram olhar para os resultados do meu trabalho.

Finalmente, um obrigado à minha irmã, aos meus pais e ao João pela ajuda não só neste momento, mas na vida.

*“However difficult life may seem, there is always something you can do and succeed at.  
It matters that you don't just give up.”*

Stephen Hawking

## Bibliografia

1. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2010) Absence from work. *Eurofound*, **2**, 314. [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/docs/ewco/tn0911039s/tn0911039s.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn0911039s/tn0911039s.pdf).
2. Instituto Nacional de Estatística (2016) Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa.
3. Serviço Nacional de Saúde (2018) Certificados de Incapacidade Temporária. 2018. <https://stg.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/certificados-de-incapacidade-temporaria/> (25 March 2018).
4. Social, R., Solid, C. and Sociais, A. (2018) Síntese de informação estatística da Segurança Social. 2018. [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/docs/ewco/tn0911039s/tn0911039s.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn0911039s/tn0911039s.pdf).
5. Allebeck, P. and Mastekaasa, A. (2004) Chapter 5 . Risk factors for sick leave – general studies.
6. Graça, L. (2002) Baixa por doença e incapacidade temporária para o trabalho. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)*, 2002.
7. Gomes, J.C., Sousa, A., Ribeiro, A.I., Silva, F., Galhardo, M., Esquível, S., et al. (2013) Determinantes de incapacidade temporária para o trabalho de longa duração. 2013.
8. Laaksonen, M., Piha, K., Rahkonen, O., Martikainen, P. and Lahelma, E. (2010) Explaining occupational class differences in sickness absence: Results from middle-aged municipal employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **64**, 802–807.
9. Roelen, C.A.M., Koopmans, P.C., Anema, J.R. and Van Der Beek, A.J. (2010) Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: A sickness absence register study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, **20**, 113–121.
10. Foss, L., Gravseth, H.M., Kristensen, P., Claussen, B., Mehlum, I.S. and Skyberg, K. (2010) Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness: A register-based 5-year follow-up from the Oslo health study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **52**, 698–705.
11. Social, M.D.S. (2004) Diário da República n.º 57/1987, Série I de 1987-03-10. 2004.
12. Direção-Geral da Segurança Social (DGSS) and Direção de Serviços de Instrumentos de Aplicação (DSIA) (2013) Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho Novo CIT. 2013.
13. Reiso, H. (2015) Work ability and sickness absence A follow-up study in general practice.

14. Feeney, A., North, F., Head, J., Canner, R. and Marmot, M. (1998) Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II study. 1998.
15. Alexanderson, K., Åkerlind, I., Rydh, H. and Bjurulf, P. (1994) Epidemiology of Sickness Absence in a Swedish County in 1985, 1986 and 1987 A Three Year Longitudinal Study with Focus on Gender, Age and Occupation. *Scandinavian Journal of Public Health*, **22**, 27–34.
16. Reiso, H., Nygård, J.F., Jørgensen, G.S., Holanger, R., Soldal, D. and Bruusgaard, D. (2003) Back to work: Predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick: A two-year follow-up study. *Spine*, **28**, 1468–1473.
17. Reiso, H. and Nyga, J.F. (2001) Work ability and duration of certified sickness absence. *Scandinavian Journal of Public Health, Supplement*, **29**, 218–129.
18. Silverstein, M. (2008) Meeting the challenges of an aging population. *American Journal of Industrial Medicine*, **51**, 269–280.
19. Soderfeldt, B., Danermark, B. and Larsson, S. (1987) Social Class and Sickness Absences. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, **15**, 211–217.
20. Cheadle, A., Franklin, G., Wolfhagen, C., Savarino, J., Liu, P.Y., Salley, C., et al. (1994) Factors influencing the duration of work-related disability: A population-based study of Washington State workers' compensation. *American Journal of Public Health*, **84**, 190–196.
21. Alexopoulos, E.C. and Burdorf, A. (2001) Prognostic factors for respiratory sickness absence and return to work among blue collar workers and office personnel. *Occupational and Environmental Medicine*, **58**, 246–252.
22. Andersen, L.L., Mortensen, O.S., Hansen, J.V. and Burr, H. (2011) A prospective cohort study on severe pain as a risk factor for long-term sickness absence in blue- and white-collar workers. *Occupational and Environmental Medicine*, **68**, 590–592.
23. Oguzoglu, U. (2009) Severity of Work Disability and Work.
24. Shiels, C., Gabbay, M.B. and Ford, F.M. (2004) Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *British Journal of General Practice*, **54**, 86–91.
25. Henderson, M., Glozier, N. and Elliot, K.H. (2005) Long term sickness absence. *BMJ British Medical Journal*, **330**, 802–3.
26. Norrmén, G., Svärdsudd, K. and Andersson, D. (2009) Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, **3432**, 104–109.
27. Tellnes, G., Sandvik, L. and Moum, T. (2009) Inter-doctor Variation in Sickness Certification Inter-doctor Variation in Sickness Certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, **3432**, 45–52.

28. Englund, L., Tibblin, G., Svärdsudd, K. and Englund, L. (2009) Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, **3432**, 48–52.
29. Letrilliart, L. and Barrau, A. (2012) Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *The European journal of general practice*, **18**, 219–28.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23205966>.
30. Arrelöv, B., Alexanderson, K., Hagberg, J., Löfgren, A., Nilsson, G. and Ponzer, S. (2007) Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, **9**, 1–9.
31. Wynne-jones, G., Mallen, C.D., Main, C.J. and Dunn, K.M. (2010) What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2010: 10.3109/02813431003696189.
32. Löfgren, A., Hagberg, J., Arrelöv, B., Ponzer, S. and Alexanderson, K. (2007) Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, **25**, 178–185.
33. Reiso, H., Gulbrandsen, P. and Brage, S. (2004) Doctors' prediction of certified sickness absence. *Family Practice*, **21**, 192–198.
34. Nilsen, S., Werner, E.L., Maeland, S., Eriksen, H.R. and Magnussen, L.H. (2011) Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, **29**, 7–12.
35. Engblom, M., Nilsson, G., Arrelöv, B., Löfgren, A., Skånér, Y., Lindholm, C., et al. (2011) Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, **29**, 227–233.  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3308465&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
36. Brenninkmeijer, V., Houtman, I. and Blonk, R. (2008) Depressed and absent from work: Predicting prolonged depressive symptomatology among employees. *Occupational Medicine*, **58**, 295–301.
37. Maeland, S., Werner, E.L., Rosendal, M., Jonsdottir, I.H., Magnussen, L.I.V.H., Lie, S.A., et al. (2013) Sick-leave decisions for patients with severe subjective health complaints presenting in primary care: A cross-sectional study in Norway, Sweden, and Denmark. 2013: 10.3109/02813432.2013.844412.
38. Franche, L. (2014) Seven 'Principles' for Successful Return to Work. **2007**.
39. (AFOEM), A.F. of O.& E.M. and Physicians, R.A.C. of (2011) Australian and New Zealand Consensus Statement on the health benefits of work Position Statement: Realising the health benefits of work. 2011.

40. Mazza, D., Brijnath, B., Singh, N., Kosny, A., Ruseckaite, R. and Collie, A. (2015) General practitioners and sickness certification for injury in Australia. *BMC Family Practice*, **16**, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0307-9>.
41. Boer, W.E.L. De, Mousavi, S.M., Delclos, G.L., Benavides, F.G., Lorente, M. and Kunz, R. (2015) Expectation of sickness absence duration : a review on statements and methods used in guidelines in Europe and North America. **26**, 306–311.
42. Löfgren, A., Hagberg, J. and Alexanderson, K. (2010) What physicians want to learn about sickness certification : analyses of questionnaire data from 4019 physicians. 2010.
43. Instituto Nacional de la Seguridad Social (2016) Manual de Tiempos óptimos de Incapacidad Temporal. <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>.
44. WCB, S. (2015) Disability Duration Guidelines. *1. Disability Duration Guidelines (2015) 2015.*, 2015.
45. Instituto da Segurança Social (ISS) (2012) Lista das Doenças Profissionais. *Centro Nacional de Protecção contra os riscos profissionais*, 2012.
46. O'Reilly, F.W. and Stevens, A.B. (2002) Sickness absence due to influenza. *Occupational Medicine*, **52**, 265–269.

Anexo A – Certificado de incapacidade temporária para o trabalho (Mod.141.10)



**CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA  
PARA O TRABALHO**

**Identificação e Declaração do Médico**

NOME DO MÉDICO \_\_\_\_\_ portador da Cédula Profissional N.º \_\_\_\_\_ emitida pela Ordem dos Médicos, declara por sua honra profissional que observou a pessoa abaixo indicada, cuja identidade confirmou, tendo verificado que a mesma se encontra em estado de:

doença incapacitante para a sua atividade profissional  impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(\*)  
 exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis

**Identificação do Beneficiário (1)**

N.º Identificação de Seg. Social \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ (ano) (mês) (dia)  
 Nome \_\_\_\_\_

(1) Se for avô/avó/equiparado do familiar doente: N.º Identificação de Seg. Social do progenitor impedido de prestar assistência \_\_\_\_\_

**Identificação do Familiar Doente**

N.º Identificação de Seg. Social \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ (ano) (mês) (dia)  
 Nome \_\_\_\_\_

Parentesco com o beneficiário  Filho / Equiparado  Tutelado  Enteadado  
 Neto / Equiparado  Outro \_\_\_\_\_

**Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento**

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO	PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO	PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO (Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)
Doença natural <input type="checkbox"/> DN	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Prorrogação	O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento. Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H. <b>AUTORIZAÇÃO</b> _____ _____ _____ <b>Rubrica do Médico</b> _____
Doença direta <input type="checkbox"/> DD	<input type="checkbox"/> Data de início _____ (ano) (mês) (dia)	
D.L. n.º 28/2004 (Art.º 16.º n.º 3) <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> Data do termo _____ (ano) (mês) (dia)	
Assistência a familiares <input type="checkbox"/> AF	<input type="checkbox"/> N.º de dias _____ (dias) (confirmar o n.º de dias por extenso)	
Doença profissional <input type="checkbox"/> DP		
Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> AT		
Gravidez de risco <input type="checkbox"/> GR		
Cód. Trabalho (Art.º 36.º n.º 1) <input type="checkbox"/> BT		
Internamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Cirurgia de ambulatório <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

**Autenticação**

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está anotada e guardada no processo clínico.

ESTRQUETA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE \_\_\_\_\_ Local de Arquivo/ N.º do Processo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ (ano) (mês) (dia)

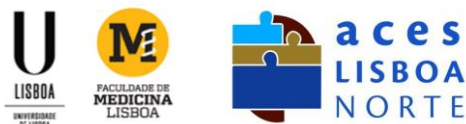
ASSINATURA DO MÉDICO \_\_\_\_\_

ESTRQUETA DO MÉDICO \_\_\_\_\_

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER REMETIDO PELO UTENTE À SEGURANÇA SOCIAL NO PRAZO DE 5 DIAS ÚTEIS A CONTAR DA DATA DA RESPECTIVA EMISSÃO NO CASO DE INCAPACIDADE POR DOENÇA DO BENEFICIÁRIO

Mod. 141.10

## Anexo B – Questionário médico



No âmbito da dissertação final de Mestrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa intitulada “Análise da Prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária” a decorrer nas unidades de saúde do ACES Lisboa Norte venho solicitar a sua colaboração no preenchimento dos questionários em anexo.

Esta dissertação tem como objetivos principais identificar quais as patologias associadas à prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária (CIT) bem como a sua respetiva duração.

### Quando preencher o questionário?

- Deverá preencher o questionário se na consulta emitir/renovar um CIT por doença natural.

No final do seu preenchimento deverá arquivar a folha de registo no envelope anexo que será posteriormente enviado pelo coordenador para a morada impressa.

### Até quando devo preencher os questionários?

- O tempo previsto para a aplicação dos questionários é de Novembro de 2017 até Janeiro de 2018.

No final do estudo será entregue a cada médico colaborador um certificado de participação.

### A preencher pelo médico colaborador:

Idade: \_\_\_\_

Género:  Feminino  Masculino

Nº de anos de trabalho: \_\_\_\_

Local de trabalho:  USF  UCSP

Obrigado pela colaboração!

As responsáveis pela investigação:

Ana Catarina H. Pinto - [catarinapinto.fml@gmail.com](mailto:catarinapinto.fml@gmail.com)

Sara Carolina Santos Tainha – [sara-tainha@campus.ul.pt](mailto:sara-tainha@campus.ul.pt)

## Anexo C – Questionário utente



### Folha de registo

A presente folha de registos foi elaborada no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Medicina, cujo objectivo principal é identificar quais as patologias mais associadas à prescrição de Certificados de Incapacidade Temporária (CIT) bem como a sua respectiva duração.

Esta folha deve ser preenchida pelo médico, se possível, todas as vezes que este emite um CIT.

A participação é anónima e o seu tempo de preenchimento é de cerca de 2-4 minutos.

ID do doente (3 primeiros algarismos do N Op): \_\_\_\_\_

Idade do doente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sexo: Feminino  Masculino

Escolaridade:

Analfabeto  1º Ciclo  2º Ciclo   
3º Ciclo  Ensino Secundário  Ensino Superior

Profissão:

\_\_\_\_\_

Estado profissional: Activo  Inactivo

Número de dias prescritos no CIT: \_\_\_\_\_

Motivo do CIT (segundo classificação ICPC-2): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinale o impacto da patologia que motivou a emissão de CIT na vida profissional (coloque um círculo à volta do grau de impacto que julgar mais adequado):

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nenhum impacto										Máximo impacto

Caso seja renovação de CIT pelo mesmo problema de saúde:

- Nº total de dias de CIT (até à data de hoje): \_\_\_\_\_

Obrigado pela sua colaboração!

## Anexo D – Lista de códigos por grupo de patologia

<b>Grupo Patologia</b>	<b>Códigos ICPC-2</b>
Aparelho Digestivo	D02, D10, D62, D73, D75, D76, D82, D87, D95
Sistema Músculo-Esquelético	L02, L03, L28, L70, L72, L74, L76, L79, L81, L83, L86, L87, L88, L89, L90, L92, L93, L96, L98, L99
Psicológico	P01, P29, P62, P74, P75, P76, P78, P79
Aparelho Respiratório	R50, R72, R74, R75, R76, R77, R78, R79, R80, R81, R83, R85, R96
Pele	S13, S14, S70, S76, S84, S91, S94, S98, S99
Outros	A05; A76; A77; A80; A85; B72; B73; B74; B80; B82; F70; F79; F85; F93; F99; H71; H82; H99; K70; K74; K77; K90; K94; N81; N86; N93; N94; T81; T82; T85; U76; U95; W03; W78; W82; X19; X62; X76; X77; X78

### Anexo E - Dias de CIT por patologias

	<b>P76</b> (n = 36)	<b>R74</b> (n = 22)	<b>R80</b> (n = 17)	<b>P74</b> (n = 14)	<b>L86</b> (n = 12)	<b>L92</b> (n = 12)	<b>D73</b> (n = 9)	<b>R81</b> (n = 6)	<b>L90</b> (n = 5)	<b>R75</b> (n = 5)
<b>Dias de CIT prescritos, n (%)</b>										
1-12	12 (33.3%)	21 (95.5%)	16 (94.1%)	10 (71.4%)	4 (33.3%)	4 (33.3%)	9 (100%)	4 (66.7%)	1 (20%)	5 (100%)
13-42	5 (13.9%)	1 (4.5%)	1 (5.9%)	0 (0%)	3 (25%)	2 (16.7%)	0 (0%)	2 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)
> 42	19 (52.8%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (28.6%)	5 (41.7%)	6 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (80%)	0 (0%)
<b>Média de dias prescritos, 95% IC (dp), Máx/Min</b>										
Total de CIT emitidos	186.2 ± 107.7 (329.7) máx. = 1490/ min. = 4	4.6 ± 1.6 (3.8) máx. = 20/ min. = 2	5.6 ± 2.4 (5.1) máx. = 22/ min. = 2	191.7 ± 296.4 (565.8) máx. = 2220/ min. = 4	153.3 ± 108.4 (191.6) máx. = 642/ min. = 1	154.8 ± 96.3 (170.3) máx. = 12/ min. = 426	2.7 ± 1.2 (1.9) máx. = 6/ min. = 1	13.5 ± 8.2 (10.2) máx. = 35/ min. = 3	640.2 ± 631.6 (720.6) máx. = 2005/ min. = 5	4 ± 1.8 (2.1) máx. = 8/ min. = 2
CIT iniciais	9 ± 1 (3) max. = 12/ min. = 4	3.5 ± 0.6 (1.5) max. = 7/ min. = 2	4.5 ± 1.5 (3.2) max. = 12/ min. = 2	9.1 ± 1.4 (2.7) max. = 12/ min. = 4	7.5 ± 2.7 (4.7) max. = 12/ min. = 1	- (1.7) max. = 12/ min. = 12	2.3 ± 1.1 (1.7) max. = 6/ min. = 1	8 ± 2.6 (3.2) max. = 12/ min. = 3	- (723.1) max. = 5/ min. = 5	4 ± 2.1 (2.3) max. = 8/ min. = 2
CIT prorrogados	274.8 ± 122 (373.5) max. = 1490/ min. = 20	11.7 ± 2.5 (5.9) max. = 20/ min. = 7	14.5 ± 3.6 (7.5) max. = 22/ min. = 7	648.3 ± 476.8 (910.3) max. = 2220/ min. = 60	226.3 ± 111.9 (197.8) max. = 642/ min. = 28	226.3 ± 95 (167.9) max. = 21/ min. = 426	4 ± 1.3 (2) max. = 6/ min. = 2	24.5 ± 8.4 (10.5) max. = 35/ min. = 14	799 ± 633.8 (723.1) max. = 2005/ min. = 162	- max. = 4/ min. = 4

**Anexo F – Grau de incapacidade por patologias**

	<b>P76 (n = 36)</b>	<b>R74 (n = 22)</b>	<b>R80 (n = 17)</b>	<b>P74 (n = 14)</b>	<b>L86 (n = 12)</b>	<b>L92 (n = 12)</b>	<b>D73 (n = 9)</b>	<b>R81 (n = 6)</b>	<b>L90 (n = 5)</b>	<b>R75 (n = 5)</b>
<b>Grau de incapacidade, n (%)</b>										
0-2	1 (2.8%)	0 (0%)	1 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3-4	2 (5.6%)	2 (9.1%)	0 (0%)	1 (7.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
5-6	8 (22.2%)	7 (31.8%)	4 (23.5%)	3 (21.4%)	0 (0%)	3 (25%)	3 (33.3%)	1 (16.7%)	1 (20%)	0 (0%)
7-8	14 (38.9%)	6 (27.3%)	8 (47.1%)	8 (57.1%)	9 (75%)	5 (41.7%)	2 (22.2%)	3 (50%)	2 (40%)	2 (40%)
9-10	11 (30.6%)	7 (31.8%)	4 (23.5%)	2 (14.3%)	3 (25%)	4 (33.3%)	4 (44.4%)	2 (33.3%)	2 (40%)	3 (60%)