



**CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE FORMAÇÃO, TREINAMENTO E APERFEIÇOAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM PODER LEGISLATIVO**

Clarissa Tolentino Ribeiro Estrêla

**ABSENTEÍSMO POR DOENÇA NA CÂMARA DOS DEPUTADOS:
um recorte de gênero**

**Brasília
2018**

Clarissa Tolentino Ribeiro Estrêla

**ABSENTEÍSMO POR DOENÇA NA CÂMARA DOS DEPUTADOS:
um recorte de gênero**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados/Cefor.

Orientadora Prof^a Dr^a: Giovana Dal Bianco Perlin

Área de Concentração: Poder Legislativo

Linha de Pesquisa: Gestão Pública no Poder Legislativo

Brasília

2018

Autorização

Autorizo a divulgação do texto completo no sítio da Câmara dos Deputados e a reprodução total ou parcial, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Estrêla, Clarissa Tolentino Ribeiro.

Absenteísmo por doença na Câmara dos Deputados [manuscrito]: um recorte de gênero / Clarissa Tolentino Ribeiro Estrêla. -- 2018.

141 f.

Orientadora: Giovana Dal Bianco Perlin.

Impresso por computador.

Dissertação (mestrado) -- Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), 2018.

1. Brasil. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. 2. Absenteísmo, Brasil. 3. Servidor público, Brasil. 4. Atestado médico, Brasil. 5. Relações de gênero, Brasil. 6. Saúde da mulher, Brasil. I. Título.

CDU 331.101.3:342.532(81)

Bibliotecária: Fabyola Lima Madeira – CRB1: 2109



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Poder Legislativo

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: ABSENTEÍSMO POR DOENÇA NA CÂMARA DOS DEPUTADOS: UM RECORTE DE GÊNERO

Autor (a): Clarissa Tolentino Ribeiro Estrêla

Área de concentração: Poder Legislativo

Linha de pesquisa: Processos Políticos do Poder Legislativo

Dissertação submetida à Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Programa de Pós-graduação do Centro de Formação, Aperfeiçoamento e Treinamento da Câmara dos Deputados como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Poder Legislativo.

Dissertação aprovada em 6 de dezembro de 2018.

Prof. Dr^a. Giovana Dal Bianco Perlin
Presidente da Banca - Câmara dos Deputados

Prof. Dr. Prof. Dr. Nelson Gomes dos Santos Filho
Membro - Câmara dos Deputados

Prof. Dr. Prof. Dr. Thiago Lopes Carneiro
Membro - Câmara dos Deputados

Dedico esse trabalho às servidoras e aos servidores públicos
brasileiros, que exercem com empenho e esmero o seu trabalho por
todo o País.

Agradecimentos

A realização desse curso proporcionou novas descobertas, muito aprendizado e crescimento pessoal. Foi preciso dedicação, disciplina e apoio de muitas pessoas. Tenho muito a agradecer!

A Deus, pela oportunidade e por me conceder condições de concluir esse trabalho.

Aos meus familiares, que são a minha base, e principalmente aos meus pais, por me ensinarem a importância dos estudos e me ajudar a focar nos meus objetivos.

Ao meu amado marido Sosthenes pelo apoio, paciência e por sempre acreditar na minha capacidade.

A minha orientadora, prof^a. Dra Giovana Dal Bianco Perlin, pela paciência, disponibilidade em ensinar com muita competência, leveza e generosidade.

Ao Prof. Dr. Nelson Gomes dos Santos Filho, pela participação da Banca Examinadora e pelas relevantes contribuições para elaboração deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Thiago Lopes Carneiro, por aceitar participar da Banca Examinadora e contribuir com suas importantes orientações, em especial para análise estatística dos dados.

Ao Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento dos Servidores da Câmara dos Deputados – Cefor, pela oferta de precioso Curso de Mestrado, a seus professores por compartilharem seus conhecimentos e experiências que permitem relevante desenvolvimento profissional. Também aos servidores da Coordenação de Pós-Graduação pela organização e apoio durante o curso.

A todos os colegas de turma do Curso de Mestrado, pelos momentos de carinho, amizade, troca de experiências e marcante descontração.

Ao Diretor de Recursos Humanos, Milton Pereira, à Diretora do Departamento Médico, Rosana Barretto e ao Diretor do Departamento Pessoal, Fernando Bastos, pela autorização e apoio à realização da pesquisa e acesso ao dados, e ao colega Roberto Esteves do Depes, pelo fornecimentos dos dados solicitados.

Aos meus superiores Gilvan Figueiredo, Diretor da Coordenação Recursos Humanos e à minha chefe imediata Patrícia Moreira, Secretária Executiva do Pró-Ser, por incentivarem e permitirem a minha participação no curso.

Aos colegas do Pró-Ser pelo carinho, amizade e compreensão durante todo o curso.

Aos amigos Eliana Ramagem e Keynes Fortes, pela grandiosa ajuda com críticas, dicas e leitura atenta ao trabalho e Ellana, meu sempre suporte para assuntos de tecnologia.

A Estat Consultoria em Estatística pelo apoio na execução das análises estatísticas.

Enfim, gratidão a todos que estiveram comigo nessa jornada.

“A vida é para quem é corajoso o suficiente para se arriscar e humilde o bastante para aprender”.

Clarice Lispector

Resumo

O absenteísmo-doença (AD) afeta o funcionamento de organizações públicas e privadas. Conhecer suas características contribui para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de adoecimento. Observam-se mais afastamentos entre as mulheres, contudo ainda há uma lacuna de teoria e pesquisa relativas ao porquê dessa diferença existir. O objetivo do trabalho é caracterizar o AD entre as servidoras efetivas da Câmara dos Deputados, nos anos de 2015 a 2017, com base no recorte de gênero. Foi realizada pesquisa descritiva, transversal e epidemiológica. A análise quantitativa envolveu o uso de estatísticas descritivas e inferenciais. Foram utilizados dados primários, obtidos junto ao Departamento de Pessoal. O resultado da regressão múltipla teve baixo poder preditivo ($R^2_{\text{ajustado}} = 0,09$), evidenciando a dificuldade de explicar o AD utilizando as variáveis explicativas. Por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney pôde-se inferir que há diferença estatística significativa entre a média de dias afastados entre homens e mulheres e entre o número médio de afastamentos de cada sexo, tendo as servidoras uma média maior. O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis utilizado para se comparar as diferenças entre as lotações concluiu que o tempo médio em que os servidores das áreas Administrativa, Legislativa e Política-Legislativa ficaram afastados são iguais e que a quantidade média de registros de afastamentos é análoga aos três grupos de lotação. Pode-se definir que o perfil de servidores com mais AD é composto por mulheres, casadas, entre 49 a 60 anos, com uma classe de dependentes, ocupantes do cargo de AL, lotadas na área Administrativa, sem função comissionada e com 0 a 10 anos de CD na data do afastamento. As principais causas de afastamentos entre os servidores e servidoras foram: doenças do aparelho respiratório, seguido pelos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. As mulheres têm mais registros que os homens em todos os grupos de doenças, exceto no caso de lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. Em relação ao número de dias de afastamento, o grupo com maior quantidade foi o dos transtornos mentais e comportamentais. A maioria das licenças é de um dia tanto para homens como para mulheres. Em número de dias, as mulheres têm maior período de afastamento em todas as categorias, exceto em LTS de mais de 31 dias, faixa em que os homens se afastam por maior período. Cabe destacar que 80,6% das LTS são de até 5 dias. O recorte de gênero mostrou-se relevante no estudo.

Palavras-Chave: Absenteísmo-doença. Gênero. Mulher. Administração Pública. Poder Legislativo.

Abstract

Absenteeism-disease (AD) affects the way public and private organizations work. Knowing their characteristics contributes to the development of actions that promote health and prevent illness. Sick leaves have been observed more often among women, however there is still a gap in theory and research as to why this difference exists. The objective of this work is to characterize the AD among the effective civil servants of the Chamber of Deputies (CD), from 2015 to 2017, based on the gender cut. A descriptive, cross-sectional and epidemiological study involving quantitative analysis using descriptive and inferential statistics has been carried out. Primary data was obtained from the Personnel Department. The result of the multiple regression showed low predictive power ($R^2_{\text{adjusted}} = 0,09$), evidencing the difficulty in explaining AD using the selected explanatory variables. The non-parametric Wilcoxon-Mann-Whitney test showed a statistically significant difference between the average days of medical leave comparing men and women, and between the average number of medical leave taken by each sex, the average among women being higher. The nonparametric Kruskal-Wallis test was used to compare the differences among sectors, and concluded that the average absense time for servants of the Administrative, Legislative and Political-Legislative areas was the same, and that the average number of leave records is analogous to the three groups. The profile of servants with more AD is comprised of women, married, between 49 and 60 years, with one class of dependents, Legislative Analyst, working in the Administrative area, not occupying a commissioned function, and who had been working from 0 to 10 years. The main causes of AD for both sexes were: diseases of the respiratory system, followed by factors that influence health condition and contact with health services, and diseases of the musculoskeletal system and connective tissue. Women had more records than men in all groups of diseases, except in the case of injuries, poisoning and some other consequences of external causes. The group with the highest number of medical leave was the one with mental and behavioral disorders. Most of the sick leave taken was for one day, for both men and women. Women were absent for more days in all categories, except when the leave lasted more than 31 days, in which men stay away for longer periods. 80.6% of the sick leaves are up to 5 days. The gender cut was relevant in the study.

Keywords: Absenteeism-disease. Gender. Woman. Public Administration. Legislative Power.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- ORGANOGRAMA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS	65
FIGURA 2- <i>BOXPLOT</i> REFERENTE À QUANTIDADE DE DIAS AFASTADOS DE CADA SEXO.....	80
FIGURA 3- <i>BOXPLOT</i> DO NÚMERO DE SOLICITAÇÕES POR SEXO E FAIXA ETÁRIA	89
FIGURA 4 - <i>BOXPLOT</i> DO TOTAL DE DIAS AFASTADO POR OCUPAÇÃO DE FC E SEXO.....	91
FIGURA 5 - <i>BOXPLOT</i> DO NÚMERO DE SOLICITAÇÕES POR CARGO E SEXO	92

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- SÍNTESE DOS PRINCIPAIS TRABALHOS SOBRE ABSENTEÍSMO-DOENÇA ENTRE SERVIDORES PÚBLICOS.....	51
QUADRO 2- PRINCIPAIS CAUSAS DE ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM ESTUDOS BRASILEIROS	55

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - QUANTIDADE DE SERVIDORES EFETIVOS POR SEXO E RAÇA/COR	66
TABELA 2 -QUANTIDADE DE SECRETÁRIOS PARLAMENTARES POR SEXO E RAÇA/COR	68
TABELA 3 -QUANTIDADE DE OCUPANTES DE CNE POR SEXO E RAÇA/COR	69
TABELA 4 - QUANTIDADE E PERCENTUAIS DO NÚMERO DE AFASTAMENTOS E DIAS AFASTADOS POR ANO E SEXO.....	79
TABELA 5 -MEDIDAS DESCRITIVAS DA QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS POR SEXO	81
TABELA 6- MEDIDAS DESCRITIVAS DA QUANTIDADE DE DIAS AFASTADOS POR SEXO	81
TABELA 7 - MEDIDAS DESCRITIVAS DA QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS POR SEXO E ANO	82
TABELA 8 - MEDIDAS DESCRITIVAS DA QUANTIDADE DE DIAS DE AFASTAMENTO POR SEXO E ANO	83
TABELA 9 - NÚMERO DE AFASTAMENTOS E MÉDIA POR ESTADO CIVIL E SEXO.....	84
TABELA 10 - QUANTIDADE DE DIAS DE AFASTAMENTO E MÉDIA POR ESTADO CIVIL E SEXO	85
TABELA 11- QUANTIDADE DE CLASSES DE DEPENDENTES POR QUANTIDADE DE DIAS AFASTADOS E MÉDIA DE DIAS POR SEXO.....	87
TABELA 12 - QUANTIDADE DE PEDIDOS DE AFASTAMENTOS POR IDADE E SEXO	87
TABELA 13 - DESCRITIVAS DAS SOLICITAÇÕES DE AFASTAMENTOS POR IDADE E SEXO	89
TABELA 14 - QUANTIDADE DE DIAS AFASTADOS POR IDADE E SEXO.....	90
TABELA 15 - DESCRITIVAS DA QUANTIDADE DE DIAS DE AFASTAMENTO POR IDADE E SEXO	90
TABELA 16 - QUANTIDADE DE DIAS AFASTADOS POR CARGO E SEXO.....	93
TABELA 17 - QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS POR TIPO DE LOTAÇÃO E SEXO	93
TABELA 18 - ESTATÍSTICAS DAS SOLICITAÇÕES DE AFASTAMENTO POR LOTAÇÃO E SEXO.....	94
TABELA 19 - QUANTIDADE DE DIAS AFASTADOS POR LOTAÇÃO	94
TABELA 20 - ESTATÍSTICAS DA QUANTIDADE DE DIAS DE AFASTAMENTO POR LOTAÇÃO E SEXO ...	95
TABELA 21 -QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS E DIAS AFASTADOS POR GRUPO CID E SEXO.....	97
TABELA 22 - QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS POR TEMPO DE CD E SEXO	100
TABELA 23 - QUANTIDADE DE DIAS AFASTADOS POR TEMPO DE CD E SEXO.....	100
TABELA 24 - DESCRITIVAS DE DIAS AFASTADOS POR TEMPO DE CD E SEXO	101
TABELA 25 - MEDIDAS DESCRITIVAS DA QUANTIDADE DE AFASTAMENTOS POR INTERVALO DE DIAS	102
TABELA 26 - QUANTIDADE DE DIAS AFASTADOS POR INTERVALO DE DIAS E SEXO	102
TABELA 27 - RESULTADO REFERENTE AO TESTE DE WILCOXON-MANN-WHITNEY.....	104
TABELA 28 - RESULTADO REFERENTE AO TESTE DE WILCOXON-MANN-WHITNEY	104

TABELA 29 - RESULTADO REFERENTE AO TESTE DE KRUSKALL-WALLIS.....	105
TABELA 30 - RESULTADO REFERENTE AO TESTE DE KRUSKALL-WALLIS.....	105

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	Absenteísmo-doença
AL	Analista Legislativo
CD	Câmara dos Deputados
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNE	Cargos de Natureza Especial
Demed	Departamento Médico
Depes	Departamento de Pessoal
Detaq	Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação
Detec	Departamento Técnico
FC	Função Comissionada
IBGE	Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LTS	Licença para tratamento da própria saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSSQVT	Política de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho da Câmara dos Deputados
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
Pró-Ser	Programa de Valorização do Servidor
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SPM	Secretaria de Política para Mulheres
SP	Secretários Parlamentares
TL	Técnico Legislativo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 REVISÃO DE LITERATURA	21
1.1 Conceitos de Gênero	21
1.2 Trabalho e Gênero	23
1.3 Saúde e Gênero	31
1.4 Absenteísmo e Gênero	40
1.5 Absenteísmo no Setor Público	48
2 MÉTODO.....	64
2.1 Tipo de Pesquisa	64
2.2 Características da Organização	64
2.3 População Estudada	70
2.4 Organização dos dados	71
2.5 Procedimentos para análise dos dados.....	76
3 RESULTADOS	79
3.1 Análises Descritivas.....	79
3.2 Análises Inferenciais.....	102
4 DISCUSSÃO.....	106
CONCLUSÃO.....	123
REFERÊNCIAS	126
ANEXO	138

INTRODUÇÃO

Homens e mulheres diferem muito em relação a questões de saúde (BARATA, 2009; FONSECA, 1997). Afirmação que pode ser constatada nos números de mortalidade e morbidade, tipos de doenças, formas como o sistema de saúde trata a saúde de homens e de mulheres, entre outros, todos temas que já foram objeto de estudos. Essas diferenças afetam diretamente o mundo do trabalho, principalmente porque implicam ausências, ou absenteísmo-doença (AD). Compreender essas diferenças é fundamental para a área de Gestão de Pessoas, que, de posse dessas informações, pode desenvolver programas preventivos mais específicos e direcionados. Informações sobre características do AD podem fomentar programas sensíveis a gênero nas instituições.

O absenteísmo ocupa papel estratégico para área de Gestão de Pessoas, é uma questão relevante tanto para empresas públicas quanto privadas. Traz consequências para o indivíduo, os colegas, as equipes, a organização, a comunidade e a sociedade (CUCCHIELLA; GASTALDIA; RANIERIB, 2014), sendo entendido como um fenômeno complexo e de múltiplas causas, que INCLUEM fatores individuais, do ambiente e da organização do trabalho (LEÃO *et al.*, 2015). Impactam, ainda, na produtividade, representando um custo significativo às instituições e ao Estado.

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Trabalho estimou que os elevados custos do absenteísmo-doença no Reino Unido chegaram a 13,2 bilhões de euros em 1994, na Alemanha e nos Países Baixos, em 1993, esse valor chegou a 30,5 e 4,1 bilhões de euros, e na Bélgica foram 2,4 bilhões de euros em 1995 (CUNHA; BLANK; BOING, 2009).

Os autores, em estudo entre os servidores da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, estimaram o custo de 23 milhões de reais em decorrência da ausência ao trabalho (CUNHA; BLANK; BOING, 2009). Avaliam ainda que no Brasil há carência de estudos que contribuam para analisar as causas e os valores reais do absenteísmo-doença e sua repercussão na produtividade das empresas, destacando que entre os servidores públicos essa lacuna de estudos é ainda maior.

O tema é relevante no âmbito do serviço público, pois há uma percepção de que o absenteísmo nesse grupo ocorre em grande volume por motivo de licenças médicas (SALA *et al.*, 2009). Martins *et al.* (2005) afirmam que as organizações públicas possuem maior quantidade de dias perdidos por absentismo por doença e períodos de afastamentos maior do que nas

organizações privadas. Mas, quando se fala de absenteísmo-doença, principalmente no serviço público, estamos falando de uma força de trabalho ocupada, em parte, por mulheres.

Araújo *et al.* (2006, p. 1118) apontam que “na literatura que conecta trabalho e saúde, os estudos que incluem mulheres representam modesta proporção tanto das pesquisas qualitativas quanto quantitativas. A produção científica acumulada atesta claramente essa realidade”. Afirmam ainda que a possível existência de diferenças importantes entre o trabalho de homens e de mulheres não permite que sejam generalizados achados que não levem em conta essa realidade, por não ser apropriado ou não se aplicar em determinados aspectos à realidade das mulheres.

Há diferença de absenteísmo entre homens e mulheres? Homens e mulheres se abstêm do trabalho por diferentes motivos de saúde? Há diferença no número de dias dos afastamentos de homens e mulheres? As características pessoais e profissionais têm relação com o absenteísmo de homens e mulheres? Há diferença nos afastamentos de acordo com o tipo de lotação ou trabalho realizado? Esses são questionamentos que o presente trabalho se propõe a analisar.

Ao incluir o recorte de gênero, destaca-se que homens e mulheres vivem realidades e condições distintas. Patton e Johns (2007) afirmam que gênero deve ser considerado nos estudos sobre absenteísmo, destacando que, nas pesquisas, ao se aplicar conceitos organizacionais, deve-se ter cuidado ao empregar conceituações neutras em relação ao gênero. Os autores destacam que apesar de ser um achado comum o maior número de afastamentos entre as mulheres, ainda há uma lacuna de teoria e pesquisa relativas ao porquê dessa diferença no absenteísmo existir.

Patton e Johns (2007) propõe que invés de sugerir que o absenteísmo feminino seja decorrente dos cuidados com as crianças ou estresse, deve-se supor que as mulheres estão sujeitas a expectativas e normas particulares baseadas em estereótipos de gênero amplamente difundidos. Ainda de acordo com os autores, é preciso avaliar o significado disso para as mulheres, no ambiente de trabalho, considerando que há diferenças nas expectativas de homens e mulheres. Tal fato pressupõe que há uma cultura de absenteísmo própria para as mulheres.

Vale destacar que o sentido de gênero adotado no presente trabalho refere-se a uma metacategoria ou um metaconceito (BREULIN; SCHWARTZ; KUNE-KARER, 2000 *apud* PERLIN, 2006). Ou seja, o gênero é considerado fundamental para construções identitárias, relacionais e sociais, por atravessar, transpassar, construir e dar sentido às relações interpessoais e

sociais (PERLIN, 2006) e, devido ao seu caráter essencial, não pode ser negligenciado (DINIZ, 2003, 2000, 1999 *apud* PERLIN, 2006).

O uso desse termo marca uma evolução histórica, que mais recentemente foi adotada pelo movimento feminista americano, de forma a marcar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas em sexo. A palavra busca rejeitar o determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual” (SCOTT, 1995). Vale destacar que ao diferenciar sexo de gênero não se busca negar os componentes biológicos, e sim promover discussões teóricas com destaque para construção social e histórica de características e papéis atribuídos aos sexos, permitindo que se problematize de que maneira as características sexuais tem implicações nas práticas sociais e no desenvolvimento cultural (PERLIN, 2006).

A adoção desse termo não implica necessariamente a tomada de posição sobre desigualdade ou poder, nem mesmo designa a parte lesada. Busca dar legitimidade acadêmica aos estudos feministas (SCOTT, 1995). O gênero também é utilizado para sugerir que a informação sobre as mulheres é necessariamente uma informação sobre homens e o estudo de um implica o estudo do outro. Entende-se que uma importante parte do mundo das mulheres, como conhecido hoje, está contido e foi criado pelo mundo dos homens (SCOTT, 1995).

No que tange ao âmbito do trabalho, os estudos das relações de gênero apontam para processos históricos que levam a diferentes inserções e modos de trabalhar para homens e mulheres, a temporalidades cotidianas distintas, bem como a diversas formas de perceber as vivências de sofrimento e processos de adoecimento. O trabalho não pode ser visto como uma prática assexuada devido às variações da organização técnica e social com base no sexo (BRITO *et al.*, 2012).

Câmara dos Deputados: nosso contexto de estudo

Essas diferenças impactam em diversos aspectos das relações de trabalho. No caso da Câmara dos Deputados (CD), os servidores, ao ingressarem na instituição, precisam indicar o seu sexo para fins de registro funcional. Essa informação possui implicações de natureza prática e tem efeitos jurídicos, a exemplo da contagem de tempo para contribuição e serviço para fins de aposentadoria, direito à licença maternidade e horário especial para servidora lactante. Em março de 2018, as servidoras efetivas representam 42% desse grupo funcional, segundo dados do Departamento de Pessoal (Depes) da CD.

Em relação às informações prévias sobre o absenteísmo-doença no público do presente estudo, é possível afirmar que homens e mulheres se afastam do trabalho de forma diferenciada na CD. Essa constatação parte dos dados do relatório de afastamentos do ano de 2012 realizado pelo Comitê Gestor Pró-Equidade da CD. Esse levantamento aponta que as servidoras efetivas se afastaram mais dos que os servidores efetivos. No grupo das mulheres, 49% apresentou alguma justificativa de saúde/doença para o não comparecimento ao trabalho, enquanto entre os homens foram 30%. Quando calculado o percentual dessa distribuição em dias de afastamento, somando-se os afastamentos de ambos os sexos, as mulheres representaram 58% do total de dias. Também vale destacar que as mulheres têm mais incidência entre os afastamentos de mais de 21 dias. Contudo, faz-se necessário realizar o levantamento para os anos posteriores e sua relação com variáveis sociodemográficas e profissionais que podem interferir nesse fenômeno. Os motivos desses afastamentos não foram analisados levando em consideração essas variáveis.

Visando contribuir para a compreensão das características desse fenômeno, propõe-se a realização do presente estudo, a fim de caracterizar o absenteísmo-doença das servidoras efetivas da CD. As variáveis a serem consideradas são: pessoais (matrícula, sexo, data de nascimento, estado civil e número de classe de dependentes), profissionais (lotação, cargo, ocupação de função comissionada (FC) e data da posse na CD) e da Licença para tratamento da própria saúde - LTS (período do afastamento e código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10). Esse levantamento pode ser realizado a partir de análise dos dados constantes nos sistemas de Gestão de Pessoas da Casa.

A CID-10 é a mais recente revisão dessa classificação e se encontra em sua 10ª versão. Trata-se de uma publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) que submete os países membros a adotá-la para fins de elaboração de estatísticas das causas de morte (mortalidade) ou das doenças que levam a internações hospitalares ou atendimentos ambulatoriais (morbidade). A classificação é realizada por meio de códigos correspondentes à classificação de doenças e também de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. Cada condição de saúde é associada a um código de até seis caracteres e as categorias são agrupadas por um conjunto de doenças semelhantes (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Atualmente, representa a classificação diagnóstica padrão internacional para propósitos epidemiológicos gerais e administrativos da saúde, incluindo análise de situação geral de saúde

de grupos populacionais e o monitoramento da incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde. A CID-10 não permite a inclusão de informações detalhadas, inclui uma condição anormal de saúde, mas não registra o impacto na vida do sujeito. No caso das LTS, trata-se de uma exigência legal que se conste o código correspondente à causa do afastamento (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Um aspecto prático a ser considerado é que CID é uma classificação dinâmica e que é aperfeiçoada ao longo do tempo, surgindo novas versões atualizadas. Dessa forma, já é previsto que os sistemas de controle de afastamentos por motivos de saúde precisem manter alternativas para assimilar essas mudanças. Também é necessário que haja treinamento de profissionais envolvidos com o tema.

Nos últimos 100 anos observou-se uma melhoria das condições gerais de saúde da população, contudo as taxas de afastamento do trabalho por doença têm aumentado nos países industrializados desde 1951 (CUNHA; BLANK; BOING, 2009; FONSECA; CARLOTTO, 2011).

Aquino, Menezes e Marinho (1995) reforçam a necessidade de estudos epidemiológicos que considerem a perspectiva de gênero, a fim de atualizar o conhecimento produzido exclusivamente a partir da observação de grupos de homens. Destacam que não se trata apenas de incluir as mulheres nos estudos, deve-se pensar de forma crítica as teorias e conceitos, estratégias metodológicas, fontes de informação, de modo a dar conta da complexidade e das especificidades das condições de trabalho e de existência das mulheres.

Adicionalmente em relação aos estudos do absenteísmo-doença entre os servidores públicos, muitos se concentram majoritariamente entre os grupos de profissionais de saúde – principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem, ou da educação (professores) (BATISTA, 2014).

LEÃO *et al.* (2015) apontam a carência de estudos que envolvam servidores administrativos e técnicos, que exerçam atividades que contribuam para a manutenção da máquina pública, assim como outros grupos profissionais expostos a diferentes condições de trabalho, pois a falta de dados sobre esse público tende a reduzir compreensão do perfil de adoecimento, prejudicando a elaboração de políticas institucionais.

Disponibilizar para as equipes informações sobre a distribuição do absenteísmo por idade, sexo, ocupação ou cargo, pode contribuir para que sejam tomadas decisões acerca das distintas estratégias para prevenção desse tipo de afastamento (MUÑOZ, 1997 *apud* CARVALHO, 2010).

O fato dos servidores públicos não pertencerem ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) dificulta a sistematização das informações referentes ao absenteísmo-doença desse público e a avaliação do perfil epidemiológico. Nesse sentido, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão adotou em 2010 o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). Instituído por meio do Decreto nº 6.833/2009, tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal (BRASIL, 2009a).

No âmbito da CD observa-se alinhamento com as ações adotadas pelos órgãos do Poder Executivo, uma vez que na Política de Recursos Humanos da CD, instituída pelo Ato da Mesa nº. 76/2013, a saúde integral é apontada entre os seus princípios norteadores. Nesse documento, saúde integral é compreendida como “equilíbrio e bem-estar do ser humano em todas as suas dimensões, considerados os contextos social e do trabalho” (BRASIL, 2013).

O Ato também apresenta algumas diretrizes para o desenvolvimento das ações de Gestão de Pessoas na CD, entre elas estão: “VII. Promover ações coordenadas visando saúde integral, qualidade de vida, acessibilidade e segurança no trabalho” e “VII. Oferecer atenção à saúde nos níveis primários – promoção à saúde, prevenção de riscos de adoecimento e diagnóstico precoce – e secundário- assistência especializada” (BRASIL, 2013).

No que tange à questão do gênero, a equidade também está entre os princípios norteadores, o que aponta a relevância de se realizar um estudo sobre os afastamentos dos servidores segundo esse recorte. No ato, a Equidade é compreendida como “imparcialidade no trato com as pessoas, respeito às diferenças e valorização da diversidade no ambiente de trabalho” (BRASIL, 2013).

O presente estudo também encontra amparo no Ato da Mesa nº 151/2014 que estabelece a Política de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho da Câmara dos Deputados (PSSQVT) (BRASIL, 2014b). Essa Política objetiva promover a saúde integral, aprimorar a qualidade de vida de servidores e parlamentares e prevenir acidentes e agravos à saúde

relacionados ao trabalho. Também merece destaque o princípio da PSSQVT que prevê a atenção à saúde integral e à segurança no trabalho, com precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação (BRASIL, 2014b).

Dentre as diretrizes dessa Política, delineadas no art. 6º, nas seguintes pode-se observar a relação direta com o estudo proposto:

- [...] I - realizar ações de vigilância epidemiológica e avaliação dos riscos presentes no ambiente de trabalho;
- II - oferecer atenção à saúde integral, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção do adoecimento, o diagnóstico precoce, a assistência especializada e a reabilitação [...];
- IV - prover informações sobre SSQVT;
- VIII - realizar, de forma integrada, diagnósticos, intervenções e ações educativas em SSQVT [...] (BRASIL, 2014b, p. 2).

No que tange ao desdobramento prático para a execução dessas orientações, a Câmara dos Deputados criou alguns comitês relacionados ao tema, bem como instituiu que determinadas áreas estariam a cargo dessas atribuições, entre eles encontra-se o Programa de Valorização do Servidor (Pró-Ser) vinculado ao Depes da Diretoria de Recursos Humanos.

A autora do presente estudo possui lotação no Pró-Ser e participa como membro do Comitê Gestor Pró-Equidade da Câmara dos Deputados, criado por meio da Portaria nº 79, de 26/03/2014 (BRASIL, 2014a). O contato com a realidade profissional permitiu o acompanhamento de servidores e servidoras com histórico de adoecimento e que precisam de reabilitação funcional quando do seu retorno ao trabalho. Na prática, se verifica que existem indícios de adoecimento mais recorrente em determinadas áreas de lotação. Também foi possível verificar a existência de diferenças significativas nos atendimentos, quando observado o critério do sexo do servidor, em 2017, 63% dos atendimentos relacionados à adaptação funcional foram de servidoras mulheres. Contudo, não houve oportunidade para maior aprofundamento nessas análises. A partir desse cenário, surgiu o interesse em desenvolver o estudo no espaço acadêmico a fim de analisar a dimensão das diferenças de gênero e permitir melhor compreensão do fenômeno.

Dessa forma, pode-se delimitar que o objetivo geral do estudo é caracterizar o absenteísmo-doença das servidoras efetivas da Câmara dos Deputados (CD), utilizando como recorte temporal o período de 2015 a 2017.

A seguir, desdobram-se os objetivos específicos do estudo:

- Comparar o perfil de absenteísmo entre servidoras e servidores da CD;

- Verificar a correlação de licenças médicas entre os servidores segundo as variáveis profissionais (lotação, tempo na instituição, cargo, ocupação de função comissionada) e pessoais (matrícula, sexo, data de nascimento, estado civil e número de classe de dependentes);

- Identificar o perfil epidemiológico por meio da CID-10 e período de afastamento para cada sexo;

- Mapear os afastamentos por áreas de trabalho (departamentos agrupados de acordo com a natureza da atividade – Administrativa, Legislativa e Política-Legislativa).

A delimitação desse período de análise se justifica pela implementação do sistema de controle biométrico, instituído no Ato da Mesa nº 24/2015, com vigência a partir de 06/06/2015 (BRASIL, 2015). As eventuais ausências por motivo de licença para tratamento para própria saúde precisam constar no Sistema de Controle de Frequência de modo a evitar possíveis penalidades. Anteriormente, estima-se que poderia haver a possibilidade de subnotificação de licenças, uma vez que a ausência de controle eletrônico de frequência favorecia que os afastamentos fossem desconsiderados, principalmente os de curta duração, que seriam consideradas como “faltas abonadas” ou “justificadas”. Dessa forma, a seleção do recorte temporal do presente trabalho aumenta a confiabilidade dos dados.

A adoção do controle biométrico de frequência representou uma mudança significativa na cultura organizacional e, em muitos casos, teve impacto na própria organização do trabalho e vida pessoal dos servidores que tiveram que se adaptar sem a possibilidade de prévio planejamento e adequação à nova rotina.

Edwards e Whitston (1993) *apud* Bernstorff e Dal Rosso (2008) alegam que há risco de aumentar o absenteísmo ao se adotarem formas mais rigorosas de controle de ausências devido ao estresse relacionado ao processo. Dessa forma, avaliar o impacto dessa mudança mostrou-se relevante no presente estudo.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 CONCEITOS DE GÊNERO

Nos dicionários de língua portuguesa o sentido de gênero, de forma geral, é usado para classificar fenômeno em Biologia, Gramática ou Literatura, e difere do sentido adotado no presente estudo (PERLIN, 2006). Aqui, gênero é tratado como uma categoria analítica, ou seja, uma ferramenta teórica para explicar relações de poder. Segundo Scott (1995) as diferenças de gênero representam mais um sistema de distinção socialmente acordado do que uma descrição objetiva de traços inerentes, e isso permite a ocorrência de agrupamentos separados.

Ainda segundo Scott (1995, p. 21), gênero pode ser definido como “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”. No desenvolvimento desse conceito, encontra-se uma construção histórica, a partir dos movimentos feministas contemporâneos, mais propriamente no final da década de 1960, quando o feminismo passa a ir além das preocupações políticas e sociais e entra no debate acerca das construções teóricas (LOURO, 1997).

Somente no final do século XX, o gênero surge como categoria de análise que pode ser entendido como base para a compreensão das construções identitárias, relacionais e sociais. A relevância desse apanhado teórico se encontra no entendimento de que o gênero é um meio de decodificar e compreender as complexas formas de interação humana (SCOTT, 1995).

Nesse cenário de transformação, o feminismo passa a contribuir com a publicação de livros, artigos para jornais e revistas. Esse movimento se estende ao espaço acadêmico, surgindo os estudos da mulher, evidenciando, entre outras questões, a invisibilidade da mulher como sujeito da pesquisa científica (LOURO, 1997). Defendiam que as pesquisas sobre mulheres poderiam contribuir com novos temas e uma reavaliação crítica do trabalho científico já existente (SCOTT, 1995).

A definição de gênero acordada na Conferência Mundial das Mulheres das Nações Unidas realizada em Pequim, no ano de 1995, representa uma síntese desses pensamentos. Gênero é definido como a forma como as sociedades do mundo determinam as funções, atitudes, valores e relações que concernem ao homem e a mulher. Enquanto o sexo se refere aos aspectos biológicos que derivam das diferenças sexuais, o gênero é uma definição das mulheres e dos homens construída socialmente, e com claras repercussões políticas. O sexo de uma pessoa é determinado pela natureza, mas seu gênero é elaborado pela sociedade. Também se acordou na oportunidade

que gênero é um elemento de análise que permite aprofundar o conhecimento da realidade sexuada (GONZÁLEZ GÓMEZ, 2011).

Entre as feministas, a adoção do termo gênero representa uma forma de se referir à organização social da relação entre os sexos e busca rejeitar o determinismo biológico implícito no uso do termo sexo (SCOTT, 1995). Como pode ser observado, o sexo faz referência aos atributos físicos e é anatômica e fisiologicamente determinado, e eventualmente, tem relação com características genéticas vinculadas aos cromossomos X ou Y, enquanto o gênero é uma construção sócio-histórica que passou a representar as forças sociais que moldam o comportamento (FAUSTO-STERLING, 2002; DINIZ, 1999 *apud* PERLIN, 2006; BARATA, 2009). A variável sexo será considerada no estudo e para a análise dos dados se utilizará do recorte de gênero por considerar os desdobramentos sociais.

De acordo com Barata (2009), atualmente é comum encontrar publicações em periódicos científicos que utilizam o termo gênero em substituição a sexo, contudo em muitos casos o termo mais correto seria sexo, por ter relação com características biológicas. A adoção dessa prática parece ser mais “politicamente correta”, mesmo que equivocada. Vale destacar que conforme apontado por Louro (1997) não se pretende negar que o gênero é constituído por corpos sexuais, ou seja, não se busca negar a Biologia, mas sim dar ênfase sobre a construção social e histórica a partir das características biológicas.

O gênero coloca “ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem diretamente a sexualidade” (SCOTT, 1995, p. 7). Assim indica, nas construções sociais, quais são os papéis próprios de homens e mulheres. Daí surge o conceito de papel de gênero que representa uma “tradução social” do que é ser homem ou mulher em determinado contexto histórico e cultural. Engloba valores, normas, moral, crenças, expectativas que podem estar relacionados à sexualidade e funções sociais (PERLIN, 2006).

Outro conceito importante é o de identidade de gênero, que se refere à parcela de constituição identitária (subjetiva) formada a partir do pertencimento ou separação das estruturas sociais fundantes das diferenças sexuais. E, portanto, não é definida pelo sexo biológico (PERLIN, 2006).

Também merece destaque uma breve explanação sobre identidade sexual ou orientação erótica/sexual, que está relacionada à escolha de objeto erótico e busca de satisfação sexual, e por

isso não precisa estar relacionada à identidade de gênero ou a anatomia/fisiologia sexual (PERLIN, 2006).

Ainda segundo Perlin (2006), vale lembrar que esses conceitos se relacionam, não se anulam e não se excluem. Podem variar e até se contradizer. Assim é possível verificar que sob essa perspectiva nem sempre haverá concordância entre o sexo biológico, a identidade de gênero e a identidade sexual, como tradicionalmente é apresentado pelas culturas.

1.2 TRABALHO E GÊNERO

O trabalho ocupa um papel central na vida das pessoas, da forma como é realizado na sociedade atual representa um complexo entrelaçamento de relações de poder, sociais, econômicas e políticas (BRITO, 2000). Por meio do trabalho o indivíduo constitui sua identidade e subjetividade (GUIRALDELLI, 2011).

Adquire maior complexidade à medida que não pode ser considerado uma atividade neutra, pois homens e mulheres que trabalham não são apenas meros executores, mas sim operadores, na medida em que fazem gestão das exigências e das variabilidades (técnicas e humanas). Não há uma submissão passiva (BRITO *et al.*, 2012).

Vandenheuvel e Wooden (1995) refletem que os homens tendem a ser socializados para que o trabalho ocupe lugar central em suas vidas e na formação da identidade, por outro lado, esse processo entre as mulheres tende a ser diferente, dando ênfase a outros papéis. Não apenas os papéis foram distribuídos com base no sexo, mas o sexo pautou a conformação de modelos de agir no mundo, incluindo o mundo do trabalho.

Perlin e Diniz (2016) destacam que o trabalho foi criado por homens para os homens. O formato do trabalho, a estrutura das tarefas, o espaço organizacional, a jornada de trabalho e, de um modo geral, toda a organização laboral foi inicialmente pensada no sentido de ser operada e habitada apenas por homens. Quando a mulher adentrou no mundo do trabalho, um processo de transformação teve início, tanto da mulher no mundo dos homens, quanto do trabalho às necessidades das mulheres.

A entrada da mulher no mercado de trabalho foi marcada pelas transformações sociais que perpassaram a sociedade ocidental e impactaram na tradicional divisão social do trabalho, notadamente com a progressiva transformação do modelo de família tradicional e elevação da participação das mulheres como força laboral exterior ao ambiente privado. Nesse modelo o

homem era o provedor material da família, que buscava a realização profissional, enquanto à mulher cabia a administração do lar, o cuidado com os filhos e com a vida emocional da família (ROMANELLI, 1995; MANZINI-COVRE, 1995; DINIZ, 1999, 1993, *apud* PERLIN, DINIZ, 2016).

Pinheiro, Galiza e Fontoura (2009) citam como fatores determinantes da transformação cultural: a redução da fecundidade, o gradual aumento no nível de escolaridade das mulheres e a necessidade de incremento da renda familiar, principalmente na década de 1990, que foi marcada por densa crise econômica no País. Registre-se, contudo, que a entrada da mulher no mercado de trabalho não se deu naturalmente.

Inicialmente, o trabalho das mulheres era visto como complementar ao do homem na composição da renda familiar, fazendo que sua inserção fosse intermitente, em atividades de baixa qualificação e por isso com menor remuneração (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

Ao se estudar o trabalho sobre a perspectiva de gênero é importante considerar a realidade vivida não apenas no ambiente do trabalho, mas também no cotidiano, seus locais de convívio e de moradia, suas interações sociais, para que se incorporem à análise as desigualdades e heterogeneidades produzidas. Nesse cenário, o conceito de relações de gênero e divisão sexual do trabalho são fundamentais, por permitirem que se evidenciem problemas coletivos que permaneceriam ocultos quando se negam as diferenças (BRITO, 2000).

A divisão sexual do trabalho preceitua que à mulher cabe o papel reprodutivo e ao homem as funções produtivas. Trata-se de uma divisão histórica e social, que hierarquiza e atribui mais valor ao trabalho masculino, uma vez que o senso comum estabelece que o trabalho produtivo exige preparo e capacitação (BRITO *et al.*, 2012). Esse modo de apresentar a divisão social do trabalho se baseia em dois princípios organizadores: o princípio de separação (que compreende que existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o princípio hierárquico (o trabalho masculino tem mais valor que o trabalho feminino). Essa configuração da divisão sexual do trabalho não é um dado rígido e imutável, apesar dos princípios organizadores serem os mesmos, as modalidades se modificam no tempo e no espaço (HIRATA; KERGOAT, 2007).

As mulheres desde sua infância são socializadas para cumprir seu papel na reprodução social, destacando características, tais como a docilidade, a paciência, a resistência para o trabalho monótono e repetitivo, colocadas de forma a serem tidas como qualidades naturais das

mulheres, mas que na verdade são parte de um longo processo de qualificação para o trabalho (KERGOAT, 1990 *apud* AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

Conforme Kergoat (2009) enquanto o processo de qualificação masculina é desenvolvido na esfera pública o das mulheres remete ao próprio feminino e ocorre na esfera privada, como a aprendizagem de qualidades não é institucionalizada, é destituída de valor social e associada às aptidões naturais femininas. Esse processo é tão naturalizado que as próprias mulheres acreditam na banalização de sua qualificação e, em muitos casos, a desvalorização de seu próprio trabalho.

Dessa forma, observa-se que a valorização do trabalho masculino hierarquiza os processos de formação e aquisição de habilidades e cria uma divisão técnica e social do trabalho sobreposta à divisão sexual (KERGOAT, 2009). Essa divisão sexual do trabalho, ainda hoje, mantém as mulheres concentradas em ocupações consideradas tipicamente femininas e dificulta o acesso a determinadas ocupações tida como tipicamente masculinas.

Souza-Lobo (1991, p. 188) aponta que “[...] a assimetria nas relações de trabalho masculinas e femininas se manifesta não apenas na divisão de tarefas, mas nos critérios que definem a qualificação das tarefas, nos salários, na disciplina de trabalho”. Vale ressaltar que além da socialização familiar, também a educação escolar e a formação na empresa, contribuem e se combinam para que o papel reprodutivo da mulher continue se perpetuando e renovando nas relações sociais (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Scott e McClellan (1990) destacam que, de forma crescente, cada vez mais mulheres passaram a ocupar postos de trabalhos, e que há também um incremento em diversidade nas atividades realizadas. Sendo que em alguns casos essas atividades eram anteriormente realizadas apenas por homens.

A participação das mulheres no mercado de trabalho cresceu de forma significativa e constante nos últimos anos. No Brasil, de acordo com dados dos Censos Demográficos do IBGE (Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística) em 1950 apenas 13,6% das mulheres eram economicamente ativas. A população economicamente ativa é formada pelos indivíduos de 10 a 65 anos de idade que foram classificadas como ocupados ou desocupados na semana de referência da pesquisa (IBGE, 2014).

Atualmente as mulheres ocupam papel expressivo no mercado de trabalho. No Brasil em 2010, aproximadamente 54,6% das mulheres em idade ativa (mais de 16 anos) participam do mercado de trabalho, enquanto entre os homens a participação é de 75,7% dessa população. Esses

dados tiveram um aumento na participação feminina quando comparado aos dados de 2000 que eram de 79,7% de homens e 50,1% entre as mulheres (IBGE, 2014).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, a taxa de participação das mulheres cônjuges (casais em que ambos trabalham fora) passou de 27,4% para 37,7% entre 1981 e 1990, e continuou crescendo nos anos 90 alcançando a taxa de 58,5% em 2005. Vale destacar a expansão das mulheres como chefes de família, variando de 44,6% de participação em 1981 a 59,4% em 2005 (IBGE, 2014).

Ainda de acordo com dados do IBGE, no conjunto da população as mulheres possuem maior nível de escolaridade do que homens, contudo o rendimento médio delas é de cerca de $\frac{3}{4}$ dos homens (IBGE, 2018).

Na Administração Pública, as mulheres tendem a disputar de forma mais equilibrada as vagas de trabalho. Barroso (2015) afirma que isso ocorre devido ao fato de o Estado oferecer serviços que são tradicionalmente realizados por mulheres no contexto familiar e o reforço ideológico que marca essas tarefas como “trabalho feminino”. São exemplos dessas tarefas a previdência e assistência social, os serviços médicos e paramédicos e a educação. Adicionalmente, contribuem para esse equilíbrio o processo de redução dos salários dos servidores em relação à iniciativa privada, o que os torna menos atrativos aos homens, e o método de seleção por concurso de provas e títulos que avalia a competência intelectual e o mérito do candidato.

O fato de as mulheres concorrerem de forma mais igualitária não garante distribuição equânime nos cargos públicos de natureza efetiva. De acordo com dados da Secretaria de Política para Mulheres (SPM) da Presidência da República, entre as empresas participantes do Programa Pró-Equidade de Gênero e Raça em sua 4ª edição, em sua maioria organizações de natureza pública, há maior representatividade masculina (55%) em relação à feminina (45%), quando os dados são avaliados na média. Em relação a esses dados na Administração Pública Federal (Direta e Indireta), proporção similar é encontrada na CD para as servidoras efetivas (42 %).

Em termos práticos, ainda que a mulher tenha avançado no ingresso no mercado de trabalho, não se viu desobrigada das respectivas tarefas e papéis domésticos, ou para com a família (BRITO *et al.*, 2012). Os fatores de risco inerentes ao trabalho profissional agregam-se aos riscos relacionados ao trabalho doméstico. Dessa forma, é preciso considerar esses dois

universos ao se analisar a relação entre saúde e trabalho de mulheres (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

De acordo com as análises de Sorj, Fontes e Machado (2007) a forma como a interação família-trabalho tem sido tratada na maior parte do mundo tende a onerar a mulher, o que prejudica sua colocação profissional ou laboral, enquanto não impacta de forma tão profunda a vida dos homens.

Adicionalmente, as políticas brasileiras de benefícios relacionadas ao papel reprodutivo focalizam e oneram a mulher, em face da impossibilidade da família decidir sobre sua aplicabilidade (PERLIN; DINIZ, 2016). A exemplo da licença-maternidade que deve ser gozada em sua totalidade apenas pela mãe.

Apesar da sociedade brasileira vivenciar inequívoca transformação em nível cultural e do aumento da participação masculina nas tarefas domésticas e nos cuidados com os filhos, ainda há um longo caminho a percorrer no sentido de desonerar o gênero feminino da sobrecarga de responsabilidades ainda não compartilhadas (ALMEIDA, 1995 *apud* PERLIN; DINIZ, 2016).

O papel da mulher na reprodução social influencia a própria escolha e manutenção do emprego, de modo que possibilite a conciliação com o cuidado doméstico e dos filhos. Diante da ausência de equipamentos sociais que reduzam ou eximam o gênero feminino das tarefas domésticas, as opções pela jornada parcial de trabalho e pela proximidade entre local de trabalho e residência têm representado alternativa escolhida por muitas mulheres, como meio de evitar a interrupção da carreira (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

No Brasil, a proporção de trabalhadores em ocupações por tempo parcial (até 30 horas semanais) é maior entre as mulheres (28,2%) do que entre os homens (14,1%) (IBGE, 2018).

Sorj, Fontes e Machado (2007) apontam que as mulheres também contam com outras estratégias para conciliar as atividades domésticas e laborais, a exemplo de: horários e espaços flexíveis de trabalho, licenças remuneradas para cuidar dos filhos e busca de estrutura qualificada para o cuidado dos filhos (creches e escolas).

Essas escolhas profissionais podem refletir na desigualdade entre o número de mulheres nas organizações e a pequena proporção das que ascendem a postos mais altos na hierarquia (PINTO; MIDDLEJ, 2012). São decisões que não revelam uma discriminação explícita e claramente disposta na linguagem gerencial, mas que demonstram que há um limite aceitável de

ascensão profissional para mulheres, desde que não atrapalhe o bom funcionamento do lar (COSTA, 2011).

Os dados da PNAD (IBGE, 2018) relativos à ocupação de cargos gerenciais, na iniciativa privada e área pública, indicam que a ocupação por homens representava 60,9% sendo de 39,1% para mulheres.

Considerando a realidade de duplo-trabalho vivida pelo significativo número de mulheres, ao se pensar sobre modelos de gestão e contextos organizacionais em que homens e mulheres são regidos pelas mesmas ações de treinamento e de desenvolvimento, mesmos sistemas de avaliação de desempenho e jornada de trabalho, em termos reais, há evidente desigualdade de tratamento. De modo geral, a mulheres trabalham bem mais que os homens e, por essa razão, encontram-se mais propensas ao cansaço e ao estresse, além de possuírem menos tempo para investir no respectivo crescimento profissional (PERLIN; DINIZ, 2016).

Segundo dados da PNAD (2018), entre as mulheres o tempo dedicado aos cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos em horas semanais é de 18,1 para mulheres e 10,5 para os homens. O que representa 73% a mais de horas.

Vale destacar que Sorj (2004) *apud* Bruschini (2007) aponta que se observam diferenças entre a natureza das atividades domésticas realizadas por homens e mulheres. Eles se envolvem mais em atividades interativas: a exemplo de cuidar dos filhos; nas que requerem interseção entre os espaços público e privado: como fazer as compras da casa ou levar os filhos ao médico; nas atividades intelectuais: como ajudar os filhos nos deveres escolares ou ainda em tarefas domésticas valorizadas: como realizar uma culinária mais sofisticada. Em oposição às atividades manuais ou rotineiras: como lavar roupa ou limpar a casa.

Araújo *et al.* (2006) apontam o exemplo de mulheres comerciárias ou bancárias, cuja as atividades profissionais não demandam elevado esforço físico, mas podem, dentre as atividades da segunda jornada, realizar tarefas que demandem grande esforço físico, tais como faxinas, lavar roupas e cuidados de crianças pequenas, que acarretam em alguns casos fadiga crônica, que não é compatível com o esforço profissional.

Segundo Araújo *et al.* (2006) a dupla jornada pode ter impacto negativo na saúde de forma diversificada, a exemplo de: sobrecarga psicológica, fadiga física ou *burnout*, tempo insuficiente para lazer, para descanso, redução das horas de sono e prejuízo da alimentação.

Adicionalmente Lennon e Rosenfield (1991) *apud* Araújo *et al.* (2006) encontraram relação entre altas demandas familiares, combinadas com situações pobres de trabalho e maior incidência de sintomas de depressão entre mulheres quando comparado a somente uma dessas condições.

Glass e Fujimoto (1994) *apud* Araújo *et al.* (2006) verificaram que as horas de trabalho doméstico aumentavam os sintomas de depressão para ambos os sexos. No Brasil, Aquino (1996) *apud* Araújo *et al.* (2006) encontrou associação positiva entre sobrecarga doméstica e prevalência de hipertensão arterial, que aumentava com a percepção de tempo insuficiente para o lazer. Adicionalmente, houve interação entre fatores de estresse no trabalho (ritmo de trabalho acelerado e pressão da chefia) e sobrecarga doméstica na ocorrência de hipertensão arterial.

Araújo *et al.* (2006) também destacam que achados com base fisiológica demonstram os efeitos da dupla jornada sobre níveis elevados de estresse entre as mulheres. Citam o exemplo de estudo realizado na Suécia, que monitorou a catecolaminas entre homens e mulheres quando estavam no trabalho e em casa. Entre os resultados, observou-se que durante o expediente de trabalho não foram verificadas diferenças marcantes nas respostas de estresse entre os sexos. Contudo, quando do término da jornada de trabalho, foram observadas diferenças significativas entre os sexos. O nível de noradrenalina reduzia ao retornarem para casa entre os homens e continuava a aumentar entre as mulheres. Em síntese esses dados revelam que retornar para casa não representa um momento de relaxamento para as mulheres (FRANKENHAEUSER, 1991 *apud* ARAÚJO *et al.*, 2006).

Um dos complicadores da dupla jornada é sua invisibilidade, considerando que cuidados domésticos, das crianças, dos idosos e dos doentes são vistas como atividades naturalmente femininas e por isso, não são estabelecidos métodos e parâmetros para se dimensionar ou reconhecer essas formas de trabalho. Dessa forma, não é computado o tempo e o desgaste físico e emocional envolvidos. Na realidade, as mulheres trabalham mais, mas apenas seu trabalho remunerado é mensurado (PERLIN, 2006).

Trata-se de um volume considerável de trabalho, feito de forma gratuita pelas mulheres, que em muitos casos não impacta em sua vida mas na dos outros, sempre em nome da natureza, do amor e do dever materno. Como esse trabalho não é visto, também não é reconhecido (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Segundo Dal Rosso (2014) as categorias básicas da teoria do valor trabalho são o trabalho produtivo e não produtivo, tempo médio socialmente necessário, valor e mais valor. “Na teoria, valor é produzido e adicionado à mercadoria pelo trabalho socialmente necessário naquele momento histórico e dentro das condições tecnológicas médias vigentes. A esfera da produção torna-se, pois, o momento crucial para o entendimento da geração do valor. Para que o valor seja realizado, a mercadoria necessita percorrer seu circuito completo, da produção ao consumo” (DAL ROSSO, 2014, p. 75). O trabalho doméstico não está associado a nenhum dos setores do emprego, e essa classificação é aplicada para medir o valor do trabalho.

Nesse sentido, as atividades domésticas, que cada pessoa realiza em sua própria casa não poderiam ser valoradas, uma vez que é realizada de forma gratuita. Também há que se considerar a falta de reconhecimento social de seu valor, pois o valor do trabalho não é intrínseco a ele, mas ao reconhecimento social de quem o faz (NOBRE, 2004). Há uma desvalorização desse trabalho, na medida que se trata de bens e serviços não mercantis, incluído o trabalho reprodutivo, menosprezando valores e relações sociais que não aderem às normas do mercado e à maximização do lucro (BENERIA *et al.*, 2000 *apud* HIRATA, 2004). Esse trabalho é tido um bem gratuito da natureza (ABRAMO, 2005).

Segundo Himmelweit (2001) *apud* Mendes (2017), a discussão sobre o papel econômico do trabalho doméstico teria se iniciado a partir da reivindicação do movimento feminista de salários para essa atividade. Argumentava-se que o trabalho doméstico seria um trabalho como outro, no sistema capitalista, porque participava da produção da mercadoria força de trabalho.

Uma forma de buscar valorar esse trabalho foi por meio do registro do tempo, que apesar de ser aproximado, foi útil para demonstrar que as tarefas domésticas, também nas camadas médias, se caracterizam pela simultaneidade, multiplicidade e fragmentação e por consumir grande parte do tempo feminino (BRUSCHINI, 2006).

Estudo da Unifem realizado em 2000 destaca a ambiguidade e variedade de termos usados para dar visibilidade aos serviços e/ou trabalhos realizados pelas mulheres – trabalho doméstico, trabalho não-remunerado, trabalho reprodutivo, trabalho na unidade doméstica, trabalho de cuidado não-remunerado aos membros da família – e propõe que se compute o valor por meio da mensuração do tempo gasto para realizá-los (UNIFEM, 2000 *apud* BRUSCHINI, 2006). A falta de equipamentos públicos, comunitários e sociais com os quais essa carga pudesse ser distribuída socialmente de forma mais equitativa agrava esse quadro (ABRAMO, 2005).

Uma configuração que surge como forma de minimizar os conflitos familiares é a externalização do trabalho doméstico, por meio da contratação de outras mulheres para realização desse trabalho, mantendo a mulher na gestão do conjunto do trabalho doméstico delegado. Essa externalização do trabalho também tem desdobramentos na vida das mulheres, de baixa renda, que são contratadas, por vivenciarem os mesmos problemas em suas vidas pessoais, o que tende a criar situações precárias para essas famílias de baixa renda (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Levar em conta o ciclo de vida em estudos sobre o trabalho da mulher é de fundamental importância. Para tal recomenda-se que sejam levadas em consideração variáveis como a idade, a situação conjugal e a posição na família, o número e a idade dos filhos (LAVINAS; CASTRO, 1990 *apud* AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

Os impactos dessa realidade também se refletem nas organizações, considerando que os problemas de saúde na população feminina, tais como cardiopatias, estresse, estados depressivos, entre outros, decorrentes de estilos de vida estressantes e com pouco tempo para investimento no cuidado e na saúde pessoal, refletem em mais afastamento do trabalho por motivo de tratamento da própria saúde (PERLIN, 2006).

Em síntese, pode-se observar que diversos fatores podem contribuir para que as mulheres sejam mais afetadas pelo absenteísmo-doença. Somam-se as demandas e problemas familiares, o desgaste físico e mental, a maternidade e a crescente importância de sua participação econômica na composição da renda familiar. Dada a dificuldade de se mensurar a contribuição de cada fator no fenômeno, destaca-se a relevância de se estudar o perfil de afastamentos desse grupo a fim de contribuir com ações e políticas que possam atenuar essa situação.

1.3 SAÚDE E GÊNERO

Teorias com base na Biologia buscaram, por muito tempo, naturalizar as diferenças em saúde para homens e mulheres, contudo essa perspectiva tem relação com a concepção de gênero, na medida em que o homem é considerado como o modelo universal, e a mulher o desviante (AQUINO, 2006). Por volta do final do século XVIII e começo do XIX, essa concepção de *onesexmodel* foi substituída pela ideia da diferença biológica entre os dois sexos. Segundo Laqueur *apud* Rodhen (2001), essa mudança não ocorreu devido a avanços científicos, mas se deu a fim de atender a necessidades ideológicas e pelas modificações nas relações de gênero.

Essa ideia de dois sexos biológicos surgiu por meio da distinção em termos linguísticos dos órgãos reprodutivos, que se tornaram o centro das diferenças entre homens e mulheres. Elas são tidas como mais frágeis e vulneráveis, tanto em termos físico, quanto moral e intelectual, devido à suposta sensibilidade que permitiria exercer o papel da maternidade. Dessa forma toda a produção biomédica representava a mulher grávida ou potencial mãe (AQUINO, 2006).

Rodhen (2001) destaca que no discurso médico do século XIX, o sexo era entendido como um elemento natural e biológico, que determinaria o destino social, sendo os homens os provedores e as mulheres as esposas e mães. Acreditava-se que as diferenças iam além dos aspectos físicos, tendo reflexos nas características psicológicas e morais. Havia um paradoxo nos textos médicos da época, pois ao mesmo tempo a diferença sexual era vista como natural, mas também era instável e perigosa. Nesse cenário, surge a ginecologia como a ciência da mulher e de atenção aos aspectos reprodutivos. Além disso, ganham força os tratados sobre doenças femininas, do corpo e da alma a uma só vez, como os vapores, as paixões e a histeria, sempre associadas ao útero. Vinculadas à ideia de que as doenças das mulheres nada mais seriam do que a expressão mesma de sua natureza.

A visão biológica serviu como base para a construção dos papéis sociais, pois reafirmava que as características anatômicas das mulheres a preparavam para a maternidade e não para o exercício de funções públicas. A recusa das mulheres em ocupar o papel de mãe e de cuidadora do lar ameaçava os padrões e valores estabelecidos para o sexo feminino. Assim, os médicos construíram os papéis de gênero com base nas diferenças sexuais, indo além do cuidado das doenças femininas, e abrangendo aspectos da vida social e das relações de gênero (RODHEN, 2001).

No Brasil, isso se reflete nas políticas nacionais de saúde das mulheres propostas nas primeiras décadas do século XX (décadas de 30, 50 e 70), sendo limitada às demandas relativas ao papel reprodutivo (gravidez e parto) e de cuidados dos familiares e domésticos. Esse modelo é criticado por centrar a atenção apenas no ciclo gravídico-puerperal, ficando a assistência comprometida na maior parte de sua vida (BRASIL, 2004).

De acordo com a epidemiologista Nancy Krieger, historicamente o termo gênero passou a ser utilizado em pesquisas de saúde em alinhamento com o ressurgimento do movimento feminista próximo ao século XX, que demonstrava preocupação em relação às desigualdades entre homens e mulheres no que diz respeito à saúde (BARATA, 2009). Passou-se a questionar a

invisibilidade das mulheres na ciência e o obscurecimento de temas da sua realidade, a exemplo do trabalho doméstico e violência conjugal. Gradualmente, os estudos sobre mulheres passaram a ser estudos de gênero – categoria analítica que rejeita o determinismo biológico da diferença sexual e enfatiza a construção social do masculino e feminino (AQUINO, 2006).

O debate feminista buscava compreender os motivos ou as explicações para essas diferenças, se teriam relação com as características inatas de cada sexo ou se teriam relação com as convenções culturais socialmente construídas e associadas aos papéis de gênero. Todos têm sexo e gênero, mas o segundo possui maior hierarquia na produção de estados de saúde. Dessa forma, as diferenças de saúde entre homens e mulheres precisam considerar esses dois aspectos: as relações de gênero e as características próprias de cada sexo (biologicamente determinadas) (BARATA, 2009). Trata-se de um processo em construção e que visa à realização de políticas públicas mais aderentes a essa realidade (AQUINO, 2006).

As pesquisas clássicas em epidemiologia costumavam incluir a variável sexo, o que permite elucidar os diferentes padrões de exposição relacionados aos comportamentos de homens e mulheres e também determinadas situações de vida, contudo não abrange a complexidade das relações de gênero. Nesse cenário carecem explicações teóricas para as diferenças verificadas, que estão relacionadas à assimetria de poder inerente nas relações de gênero (BARATA, 2009). Na prática, em muitos casos ainda tem ocorrido a mera substituição do termo sexo por gênero, o que não permite explorar o gênero com um princípio de organização e os desdobramentos desse cenário, que envolve a assimetria de poder entre homens e mulheres (AQUINO, 2006; BARATA, 2009).

O conceito de gênero na área de saúde, segundo Barata (2009, p. 73), é utilizado para: “marcar características próprias aos comportamentos de grupos de sujeitos sociais e para estabelecer o contraste entre masculino e feminino, mas, principalmente, para focar as relações que se estabelecem entre masculino e feminino no âmbito social e que apresentam repercussões para o estado de saúde e para o acesso e utilização dos serviços de saúde”.

Assim como diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em razão da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Dessa forma, é preciso considerar a perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, com foco na promoção de melhores condições de vida, na igualdade e nos

direitos de cidadania da mulher. A discriminação na sociedade parece ter mais peso do que fatores biológicos sobre a vulnerabilidade feminina em certas doenças e causas de morte (BRASIL, 2004).

Essas diferenças são significativas. Ao se tratar da mortalidade entre homens e mulheres, na maioria das populações, há predominância masculina em todas as faixas etárias a partir do nascimento, salvo exceções de culturas que adotam o infanticídio feminino ou grupos em que a assistência à gestação e ao parto é muito falha, quando mulheres de determinadas faixas etárias têm a mortalidade aumentada. Há uma tendência para que homens sejam mais expostos a trabalhos insalubres e/ou adotem comportamentos nocivos, a exemplo de consumo excessivo de álcool, tabaco e outras drogas, além de exposição mais frequente a situações de risco de acidente e violência, seja como autor ou vítima. Não há razões somente biológicas que justifiquem a maior sobrevivência feminina, os aspectos relacionados ao gênero precisam ser considerados nessa relação (BARATA, 2009).

A prevalência de dependentes de álcool é maior para o sexo masculino sendo que 19,5% dos homens são dependentes de álcool, enquanto 6,9% das mulheres apresentam dependência. A cada seis homens que usam álcool, um se tornará dependente. Já entre as mulheres a proporção é menor, sendo de uma a cada 10 (CEBRID, 2005 *apud* BRASIL, 2009b). O maior consumo de tabaco entre os homens amplia o risco para doenças cardiovasculares, cânceres, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras (BRASIL, 2009b).

No ano de 2005, entre a população masculina dos 15 aos 59 anos, observou-se que 78% das mortes se deram em consequência das seguintes causas em ordem decrescente: causas externas; doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2009b).

Em Aquino, Menezes e Amoedo (1992) foi possível verificar que as mulheres, em média, têm uma expectativa de vida mais elevada em sete anos do que os homens. Contudo, essa longevidade feminina envolve piores padrões de saúde, mesmo desconsiderando aspectos da vida reprodutiva e isso ocorre em todas as regiões brasileiras e também foi relato em contextos internacionais (RODIN; ICKOVICS, 1990 *apud* PATTON; JOHNS, 2007). Adicionalmente, as mulheres também desenvolvem incapacidades funcionais com maior frequência do que os homens e sobrevivem mais tempo que eles com as suas limitações (AQUINO; MENEZES; AMOEDO, 1992; BARATA, 2009; RODRIGUES, 2015).

Há em torno de 20 a 30% a mais de problemas de saúde entre as mulheres, entre as doenças que contribuem para essa diferenciação encontram-se: as doenças infecciosas, as condições respiratórias, as doenças do sistema digestivo e outras condições agudas, como as dores de cabeça e de ouvido, problemas de pele, viroses inespecíficas e problemas musculoesqueléticos. Uma clara exceção é o grupo de lesões por causas externas, as quais são mais frequentes em homens (BARATA, 2009).

Os estereótipos de gênero reforçam práticas que tem como base as crenças e valores do que é ser homem. Eles, em geral, evitam contato com espaços da saúde, há um orgulho da própria invulnerabilidade, considerando que a doença é vista como um sinal de fragilidade. Tendem a ser mais resistentes a adotar cuidados de prevenção e autocuidado, e em alguns casos a demora por atendimento pode agravar o quadro de saúde (BRASIL, 2009).

Um dos fatores que é colocado pelos homens como barreira para utilização dos serviços de saúde tem relação com a ocupação laboral e seu papel de provedor, alega-se que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Essa é realmente uma barreira importante, contudo muitas mulheres de diferentes categorias socioeconômicas e que trabalham conseguem conciliar essas responsabilidades (BRASIL, 2009b).

Em avaliações realizadas na população, as mulheres apresentam mais queixas em relação a sua própria saúde quando comparadas aos homens, mesmo se controlando os efeitos da idade, renda, educação, classe social, estado civil, desemprego e raça. As mulheres com maior frequência apresentavam sintomas em geral, sintomas graves, problemas crônicos, estado de saúde regular ou ruim, distúrbios psiquiátricos maiores e presença de três ou mais sintomas ao mesmo tempo. A condição de gênero parece ter efeito independente, considerando que foram retiradas as variáveis (BARATA, 2009). Patton e Johns (2007) apontam que as mulheres tendem a apresentar mais sintomas físicos, insônia, dores de cabeça e enxaqueca e depressão.

O excesso de morbidade das mulheres pode ter relação com características do trabalho feminino, a esse fator somam-se, muitas vezes, condições nocivas de trabalho e o trabalho doméstico não remunerado. Em alguns contextos de trabalho há que se considerar ainda o assédio psicológico ou sexual (BARATA, 2009).

Em situações de mulheres pobres com jornada de trabalho de mais de dez horas diárias e que realizavam também atividades domésticas em suas casas, houve associação com distúrbios psiquiátricos menores. Ao se acrescentar o fato de serem casadas e terem filhos em idade pré-

escolar dobrou o risco de apresentarem sintomas psiquiátricos. Não foi encontrada relação no caso de mulheres que não cumpriam dupla jornada. Esses dados indicam que trabalhos de baixa qualidade, associados a dupla jornada podem gerar sobrecarga nas mulheres. Considerando que ao se comparar transtornos mentais entre homens e mulheres, em cargos e atividades semelhantes, sempre há maior prevalência das mulheres (BARATA, 2009).

Por outro lado, a inserção da mulher no mercado de trabalho apresenta muitos aspectos positivos, tais como melhora na autoestima, independência financeira, confiança para tomar decisões e liderar, ampliação da rede de suporte social extrafamiliar, realização profissional, maior poder nas relações de gênero, mesmo considerando o desgaste físico e psíquico (BARATA, 2009). Patton e Johns (2007) apontam que mulheres com múltiplos papéis tem menos estresse, menos depressão e melhor saúde.

Apesar de ser um protetor da saúde mental, as mulheres sentem mais que os homens o impacto do trabalho formal ou informal, possivelmente devido ao efeito da dupla jornada. Essa luta de forças e prioridades de vida, como uma balança pendendo entre aspectos positivos e negativos influencia o perfil epidemiológico que, em geral, as mulheres têm maior frequência de doenças e agravos à saúde (BARATA, 2009).

As condições sociais, culturais e econômicas em que vivem as mulheres parece contribuir para que sofram mais com as consequências dos transtornos mentais. As mulheres têm menor remuneração, reduzido acesso aos espaços de decisão no espaço político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem dupla e tripla jornada de trabalho e são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais. Esses fatores indicam que é preciso se pensar na saúde mental e gênero (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, percebe-se que sexo e gênero interagem com outros tipos de desigualdades, incluindo, em particular, *status* socioeconômico, classe social e raça, com impacto na saúde de homens e de mulheres (PAYNE, 2006; DOYAL, 1995 *apud* SIQUEIRA, 2014). Em situações econômicas e sociais similares, as disparidades de gênero relacionadas à saúde praticamente desaparecem, assim pode-se observar maior ou menos discrepância de gênero em saúde em determinados contextos de classe (SANTOS, 2011 *apud* SIQUEIRA, 2014).

Apesar dos homens serem mais suscetíveis a estilos de vida pouco saudáveis, por outro lado têm mais acesso a recursos promotores da saúde. Já as mulheres tendem a ser menos propensas a comportamentos de risco e têm maior probabilidade de procurar serviços médicos. A

saúde das mulheres tende a ser mais prejudicada devido à falta de recursos e menor acesso aos serviços de cuidado à saúde (PAYNE, 2006 *apud* SIQUEIRA, 2014).

A maior aproximação da mulher do campo da saúde não pode ser visto como um privilégio, pois isso não significa que terão mais cuidados com a sua saúde, uma vez que tendem mais a cuidar dos outros membros da família do que de si própria. Contudo, essa aproximação pode torná-las mais familiarizadas e conscientes com a questão da saúde, o que não ocorre com os homens (BARATA, 2009).

À medida que a renda familiar aumenta há um aumento proporcional do número de consultas médicas, tanto para homens quanto para mulheres, havendo redução progressiva da desigualdade relativa entre eles à medida que se vai da faixa de menor para a de maior renda e com o aumento da idade. As mulheres costumam ter maior número médio de consultas por ano e elas utilizam proporcionalmente mais consultas para prevenção ou exames de rotina e menos consultas por motivo de doença do que os homens. Também o estrato social mais privilegiado usa consultas com caráter preventivo (BARATA, 2009).

Ao procurar os sistemas de saúde, observa-se que o relato dos problemas é diferenciado, mulheres falam mais sobre seus sintomas e admitem que estão doentes. Ao reagir às tensões do cotidiano, mulheres demonstram mais sintomas físicos enquanto os homens apresentam comportamentos que, habitualmente, não são considerados como doenças, a exemplo de fumar, beber e reagir com violência. Estes comportamentos são fatores de risco para acidentes e para doenças crônicas, como o infarto agudo do coração e o câncer de pulmão, que representam importantes causas de morte masculina (AQUINO; MENEZES; AMOEDO, 1992).

As principais causas de morte da população feminina brasileira são as doenças cardiovasculares, principalmente o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, prioritariamente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2004). Em outro estudo com o mesmo objetivo, foram analisadas as mortes em mulheres de 10 a 49 anos (idade fértil), as dez principais causas, em ordem decrescente, foram: acidente vascular cerebral, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero (LAURENTI, 2002 *apud* BRASIL, 2004).

Entre os fatores que contribuem para que as doenças crônico-degenerativas figurem entre as principais causas de morte na população feminina estão: as mudanças de hábitos, estresse decorrente do estilo de vida moderno, alimentação ruim, sedentarismo, tabagismo, sobrecarga de responsabilidades – com destaque para o aumento do número de mulheres chefes de família –, competitividade no mundo do trabalho, assédio moral e sexual no ambiente profissional. Há relação com a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* que são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2004).

As mulheres, cada vez mais, ocupam o mercado de trabalho, e em muitos lares o papel de responsáveis pela família e a equidade de gênero ganha contornos efetivos, a posição dos homens tem se modificado. O papel esperado da mulher que cuida da casa, das crianças, dela mesma e do seu companheiro, já não tem lugar atualmente, somam-se ainda questões complexas ligadas à diversidade sexual e às novas configurações de modelos familiares (BRASIL, 2009b).

Os efeitos acumulados dos diferentes papéis sociais e tarefas desempenhadas por mulheres podem contribuir para explicar os protótipos de saúde e doenças de mulheres, que diferem muito dos desempenhados por homens. Envolve o trabalho doméstico, a educação dos filhos, a reprodução, entre outros fatores (DOYAL, 1995 *apud* SIQUEIRA, 2014).

O maior risco entre as mulheres para a maioria das doenças agudas provavelmente está ligado às especificidades do trabalho doméstico e cuidados com os filhos. Estão sempre em contato com crianças, que são especialmente sujeitas às infecções, as mulheres também utilizam com habitualidade produtos químicos domésticos, que ocasionam alergias e lesões dermatológicas e desenvolvem muitas atividades com a adoção de posturas corporais incômodas (AQUINO; MENEZES; AMOEDO, 1992).

O perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças importantes entre as regiões. Há que se considerar a heterogeneidade entre as regiões brasileiras, tanto em relação às condições socioeconômicas e culturais, como em relação ao acesso às ações e serviços de saúde. Devido a essa diversidade o Governo Federal desenvolve uma política específica para cada sexo e por região, detalhadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Ao implantar e implementar ações com enfoque nessas características por sexo e região, possibilita-se uma atuação mais próxima da realidade local e que tende a obter melhores resultados (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009b).

A implementação da PNAISH esbarra em desafios que são apontados pelos próprios homens quando se trata de buscar serviços de saúde, entre eles: a visão masculina de que o cuidar é tarefa feminina, a isso se somam as demandas de trabalho vividas pelos homens que tendem a dificultar o acesso a esses serviços, devido à dificuldade de se marcar consultas e o tempo perdido na espera pelo atendimento, também pesa a falta de unidades específicas para atendimento masculino (SILVA *et al.*, 2013).

Os homens tendem a identificar o ambiente de cuidados com a saúde como ambientes femininos, e dessa forma não sentem que faz parte do seu cotidiano. Além disso, tendem a negar a doença como parte de sua condição biológica (FIGUEIREDO, 2005). Eles percebem que o ambiente é frequentado prioritariamente por mulheres, sejam pacientes quanto a própria formação da equipe de profissionais de saúde, em que prevalecem as mulheres (COUTO *et al.*, 2010).

A eficiência das ações do setor público pode estar relacionada à sua capacidade de conectar os depoimentos com as necessidades do seu público alvo (NASCIMENTO; GOMES, 2008). E muitas vezes, os serviços disponíveis na atenção primária são destinados principalmente às mulheres, às crianças e aos idosos (FIGUEIREDO, 2005), o que pode dificultar a adesão masculina.

De acordo com Couto *et al.* (2010) percebe-se uma invisibilidade do gênero masculino nos ambientes de saúde devido a carência de programas e atendimentos direcionados a esse público. Também a atitude e a expectativa dos profissionais de saúde de que o homem não adota o autocuidado ou de outras pessoas, tende a não os estimular a realizar práticas de prevenção e promoção de saúde.

O gênero tem importante papel na construção das desigualdades entre homens e mulheres nos aspectos relacionados à saúde. Uma vez que o autocuidado é visto como comportamento contrário ao que foi previsto para os homens e que estão relacionados a virilidade, a invulnerabilidade e a força, dessa forma procurar o serviço de saúde, como estratégia de prevenção pode associá-los à fraqueza, ao medo e à insegurança, atitudes mais próximas do que se espera de mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Isso afeta até um comportamento masculino de resistir à medicalização (PINHEIRO; COUTO; SILVA, 2011).

1.4 ABSENTEÍSMO E GÊNERO

A ausência do trabalhador em suas atividades laborais é conhecida como absenteísmo, pode ocorrer por diversos motivos, que podem ser deliberados ou não pelo trabalhador. De acordo com Chiavenato (2010), absenteísmo ou ausentismo pode ser entendido como tempo perdido devido ao não comparecimento do trabalhador. No sentido lato, pode ocorrer por falta integral ao dia de trabalho ou atraso, incluindo todas as ausências ao trabalho (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

O termo é originário da palavra “absentismo” aplicada aos proprietários rurais que abandonavam o campo para migrar para as cidades. Já no período industrial, o termo passou a ser aplicado aos trabalhadores que faltavam ao serviço (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

O absenteísmo é um fenômeno complexo e multifatorial, engloba fatores psicossociais, econômicos e do ambiente de trabalho (ANDRADE *et al.*, 2008). Nesse sentido, Couto (1987) *apud* Carvalho (2010) afirma que o absenteísmo decorre de um ou mais fatores causais, tais como: trabalho, sociais, culturais, doenças e personalidade. Assim parece ser difícil estabelecer uma relação de causa e efeito, mas sim um conjunto de variáveis que podem ocasionar o absenteísmo.

Os principais fatores causadores do absenteísmo são categorizados em ambientais, organizacionais e pessoais. Os ambientais englobam os sociais, econômicos, geográficos e culturais. Os organizacionais envolvem os relacionados ao contexto de trabalho, tais como: equipamentos e ambiente físico, suporte organizacional, organização do trabalho, relações interpessoais, estilos de liderança, tipos de estímulo e reconhecimento do trabalho. Já os fatores pessoais são os próprios das características individuais e de personalidade, necessidades pessoais, hábitos de vida, valores, conhecimentos e experiências (BERGAMINI; CODA, 1997; BERNSTORFF; ROSSO, 2008; LUCATELLI, 2014 *apud* RAMALHO, 2017).

Outra classificação importante para as causas do absenteísmo considera os fatores como internos e externos. Os fatores internos são os aspectos relacionados às características pessoais, hábitos de vida e saúde, enquanto que os fatores externos são referentes aos aspectos sociais e do trabalho. A categorização das causas do absenteísmo pode ainda ser dividida em intraorganizacional (fatores internos ao ambiente de trabalho) e extraorganizacional (fora do contexto laboral) (BERGAMINI; CODA, 1997; BERNSTORFF; ROSSO, 2008; LUCATELLI, 2014 *apud* RAMALHO, 2017).

O absenteísmo pode ser dividido em cinco categorias, considerando que cada tipo requer tratamento e considerações peculiares. O **voluntário** abrange os casos em que a pessoa deliberadamente não comparece ao trabalho por motivos pessoais e sem justificativa prevista em lei; **por doença**, nesses casos estão os decorrentes de doença ou para a realização de procedimentos médicos; **por patologia profissional**, na qual estão os acidentes de trabalho ou as doenças profissionais; **legal**, envolve os afastamentos previstos em lei, a exemplo da maternidade, nojo, gala, doação de sangue, serviço militar, eleitoral; e o **compulsório**, que ocorre mesmo sem a vontade do trabalhador, por motivo alheio ao seu controle, a exemplo de quando o trabalhador não consegue chegar ao trabalho (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

Midorikawa (2000) apresenta uma classificação com dois tipos: absenteísmo pela falta ao trabalho e absenteísmo de corpo presente. O primeiro, do tipo I, é passível de ser calculado e medido, pois representa a falta efetiva ao trabalho, nesse caso se perde em tempo de produção. Já o do tipo II, o indivíduo não falta ao trabalho, contudo o trabalhador não se encontra em seu melhor desempenho por apresentar algum problema de saúde, esse tipo de absenteísmo não pode ser medido.

Independentemente do tempo da ausência do colaborador, esses afastamentos impactam na organização do trabalho, na medida em que ausência do trabalhador acarreta em dias de trabalho não realizado, sobrecarga dos demais servidores da equipe, e improvisação para a realização das tarefas (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

Não é tarefa simples estimar os custos envolvidos no absenteísmo. Agregam-se desde os diretos que envolvem o pagamento de auxílio-doença ou remuneração, aos custos indiretos, que alcançam a diminuição da produtividade, redução da qualidade do serviço ou produto, diminuição da eficiência do trabalho, transtorno no remanejamento de pessoal e insatisfação dos beneficiários ou clientes (SMITH, 1966 *apud* NOGUEIRA; AZEVEDO, 1982).

Segundo Reis *et al.* (2003) esse fenômeno pode estar relacionado com as condições de trabalho, que impactam na qualidade de vida, saúde e trabalho. Lee e Eriksen (1990) indicam que há relação inversa entre absenteísmo e satisfação no trabalho, portanto mudanças em alguns fatores relacionados à satisfação podem contribuir com a redução do absenteísmo. A exemplo de condições de trabalho, natureza da supervisão, liderança, participação na tomada de decisões e relacionamentos profissionais.

Segundo Chiavenato (2010), a motivação para assiduidade é afetada pelas práticas organizacionais (como recompensas à assiduidade e punições ao absenteísmo), pela cultura de ausência (quando faltas ou atrasos são ou não aceitos) e pelas atitudes, valores e objetivos dos trabalhadores. Nesse sentido, as organizações vêm desenvolvendo práticas que favoreçam a presença e desestimulam as ausências por meio de práticas gerenciais e mudanças na cultura que incentivam a participação e buscam desenvolver valores, atitudes e objetivos dos trabalhadores que contribuam para esse fim.

França (2011) aponta que os motivos mais frequentes do absenteísmo são as doenças que impossibilitam a realização da atividade laboral; os problemas de relacionamento interpessoal com o gestor ou com os pares; a desmotivação devido à falta de reconhecimento no trabalho ou oportunidade de ascensão profissional; os problemas familiares; e outras situações de natureza pessoal.

Ao estudarem a bibliografia internacional para o absenteísmo, Mesa e Kaemffer (2004) apontam que ainda que os afastamentos se justifiquem por licenças médicas, isso não significa que essas ausências se deem somente por causas médicas. Segundo esses autores, coexistem quatro modelos explicativos do absenteísmo sob diferentes enfoques: econômico, psicossocial, médico e saída da organização.

O **modelo econômico** sustenta que o comportamento de absenteísmo é decorrente de uma interação de forças entre a motivação individual dos trabalhadores e quanta ausência pode ser tolerada pelo empregador, de acordo com a tecnologia de produção utilizada (MESA; KAEMFFER, 2004).

O **enfoque psicossocial** defende que diferentes culturas de ausência surgem da interação entre indivíduos, grupos de trabalho e a própria organização. O total de tempo perdido cria uma cultura de ausência em diferentes ambientes de trabalho e ocupações. A decisão de se ausentar é tomada dentro de uma cultura que pode ser dependente, moral, fragmentada ou conflitiva. A ausência é um comportamento individual que está inserido em um contexto social, e as motivações para se ausentar são restritas ou influenciadas pelas normas de ausência da própria cultura (MESA; KAEMFFER, 2004).

Segundo o **enfoque médico** existem vários fatores que contribuem para um padrão de afastamento do trabalho, a saber: demográficos (idade, sexo e nível de ocupação), satisfação com o trabalho (geral, remuneração, realização profissional), características da organização, conteúdo

do trabalho (autonomia e responsabilidade), outros compromissos, distância do trabalho, entre outros (MESA; KAEMFFER, 2004).

O **enfoque de saída da organização** tem relação entre absenteísmo e intenção em deixar a organização. Aponta que os trabalhadores que pretendem sair de forma voluntária têm mais afastamentos dos que os que não têm essa intenção. Entre esses grupos estão os mais jovens e com menor qualificação, que buscam outras oportunidades fora da organização. Já entre os mais velhos e com melhores posições há menores possibilidades fora da organização e tendem a se ausentar menos ao trabalho (MESA; KAEMFFER, 2004).

No presente trabalho será considerado o absenteísmo que ocasiona o afastamento por motivo de saúde do próprio trabalhador, que acarreta no afastamento ao trabalho pelo dia completo de trabalho. Esse tipo de afastamento decorre de determinados estados de saúde ou doença que incidem sobre todo o conjunto social, no qual estão os trabalhadores e suas específicas condições laborais (LAURELL, 2005 *apud* CARVALHO, 2010).

Trata-se do absenteísmo-doença, que segundo definição de Ramalho (2017, p. 36) “é a ausência imprevista e justificada ao trabalho, por determinado período de tempo, devido à alteração da condição de saúde física e/ou mental do trabalhador que pode, inclusive, ter nexo com as experiências vivenciadas no contexto de trabalho e que tem como consequências a indisposição e/ou a incapacidade para a realização de atividades cotidianas”.

O absenteísmo ocasionado por doença pode ser considerado como um indicador para a avaliação epidemiológica do estado de saúde de um determinado grupo, por meio dos resultados pode-se verificar o estado geral da saúde dos trabalhadores em determinada organização (ARAÚJO, 2012).

Os instrumentos legais para se avaliar e medir as faltas por motivo de doenças são os atestados médicos. Ao trabalhador fica assegurado o pagamento dos respectivos salários e benefícios relacionados, desde que haja a codificação da enfermidade por meio de seu respectivo código da CID (NOGUEIRA; LAURENTI, 1975).

Merece atenção a relação entre o sexo do trabalhador e o absenteísmo. Forsmann (1964) *apud* Nogueira e Azevedo (1982) confirmam que as mulheres apresentam um número mais elevado de afastamentos do que os homens e em alguns casos por um período superior.

Seguindo essa tendência, Nogueira e Azevedo (1982) buscaram esses referenciais que confirmam que essa relação já ocorre há muito tempo, com exceção de poucos estudos

(GAFAFER, 1945; BAETJER, 1946; BRINTON, 1945; CALLE ROVIREGO, 1971; INDULSKI, 1964; GIAN PIETRO E MARCANTONIO, 1968; BEWS, 1972; THOMSON, 1972 *apud* NOGUEIRA; AZEVEDO, 1982).

Scott e Mabes (1984) também encontraram maior taxa de absenteísmo entre as mulheres, o que é consistente com diversos estudos que sustentam que existem diferenças de taxas e padrões nos afastamentos entre homens e mulheres, sempre as mulheres apresentando os maiores índices (MENTEZEREMANN, 1953; FITZGIBBONS; MOCH, 1980; MARKHAM; DANSERE; ALLUTO, 1982; LEIGH, 1983 *apud* SCOTT; MABES, 1984).

Também Patton e Johns (2007) relatam que no Canadá, os institutos de pesquisa e estatísticas por diversas vezes apontam que as mulheres se abstêm mais de trabalho do que os homens, como exemplo divulgaram que entre 1997 a 2004 as mulheres tiveram em média 9,9 dias perdidos por ano enquanto para os homens a média foi de 7,5 dias por ano. Estudos realizados na Europa demonstram que se trata de um fenômeno que ocorre em diversos países, sendo que as mulheres se afastam aproximadamente 6,7 dias a mais por ano por absenteísmo-doença (KIVIMAKI *et al.*, 1997; MASTEKAASA, 2000; MASTEKAASA; OLSEN, 1998; NAUTA, 2006; VISTNES, 1997 *apud* PATTON; JOHNS, 2007; ICHINO; MORETTI, 2006).

Foram propostas diversas razões para explicar essas diferenças, a saber: diferentes papéis sociais; diferenças culturais que condenam ou encorajam o absenteísmo; diferenças entre os sexos em termos de doenças e saúde, e o fato de um número maior de mulheres ocuparem atividades de nível mais baixo, que geralmente estão associadas a maior absenteísmo (SCOTT; MABES, 1984).

Em sentido oposto, Nogueira e Laurenti (1975), ao analisarem o perfil de afastamentos por motivo de saúde em uma indústria têxtil, observaram que a incidência entre as mulheres é pouco maior do que entre os homens e que as ginecopatias constituem causa mínima de absenteísmo.

Essa tendência também foi confirmada para o cenário brasileiro, segundo Quick e Lapertosa (1982), entre os trabalhadores da siderurgia. Mais recentemente, Andrade *et al.* (2008) encontraram relação significativa entre os afastamentos e o sexo em uma população de servidores públicos, com prevalência de afastamentos entre as mulheres. Martins *et. al.* (2005) também confirmam que a variável sexo contribuiu no absenteísmo ao trabalho no estudo comparativo entre servidores públicos e da iniciativa privada.

Nogueira e Azevedo (1982) apontam que as razões para esse padrão de afastamentos entre as mulheres não estão totalmente claras. Não se pode afirmar que são as diferenças sexuais que causam maior suscetibilidade às doenças, pois a mortalidade dos homens excede a das mulheres. Também é preciso considerar que o excesso de absenteísmo das mulheres não ocorre apenas nas doenças características do sexo feminino, mas abrangem as doenças que acometem ambos os sexos. Nessa linha, Patton e Johns (2007) ao analisarem os estudos que avaliaram o absenteísmo de homens e mulheres em separado, não encontraram diferenças significativas no que tange aos aspectos de saúde.

Ichino e Moreno (2006), com base nos dados de um grande banco italiano, mostraram que há maior incidência de afastamentos de mulheres em relação aos homens, aproximadamente 28 dias após uma doença anterior. Essa diferença desaparece para os trabalhadores de 45 anos ou mais. Ao interpretar esses resultados, apontam que há evidências de que o ciclo menstrual aumenta o absenteísmo feminino, de acordo com os autores isso explica parcela significativa dos afastamentos e também a diferença salarial entre os sexos. Vale destacar que esse estudo teve uma amostra limitada a uma organização.

Scott e McClellan (1990) apontam que características demográficas individuais (idade, número de dependentes, distância do trabalho) e atitudes dos empregados (conflitos de papéis, satisfação no trabalho, centralidade do trabalho na vida e envolvimento com o trabalho) podem ter relação com o maior absenteísmo entre as mulheres. Vale ressaltar que nesse estudo foram analisadas taxas de absenteísmo por licença por motivos pessoais, adoecimento próprio ou casos de doença/morte de pessoa da família.

Vandenheuvel e Wooden (1995) apontam que é preciso considerar que as responsabilidades familiares e condições de trabalho tendem a ser diferentes de acordo com o sexo, e dessa forma, é possível que a forma como as pessoas se abstêm do trabalho seja diferente de acordo com o sexo. Considerando que para os homens o trabalho integral parece ser a maior exigência, enquanto para as mulheres, independente de seu status de emprego, prevalecem as obrigações domésticas e familiares. Percebe-se que há maior permeabilidade na barreira entre trabalho formal e papel familiar para as mulheres.

Scott e McClellan (1990) e Vandenheuvel e Wooden (1995) não encontraram interação entre o número de filhos e gênero como preditores de absenteísmo. Vale ressaltar que esses estudos são pouco comuns e apresentaram problemas em sua metodologia. Poucos autores testaram e

confirmaram diferenças estruturais significativas entre o comportamento de se abster para homens e mulheres, há uma tendência de que as pesquisas apenas incluam o sexo como uma variável binária para tentar capturar as diferenças entre os sexos em termos de absenteísmo, e dessa forma assumem que o processo de se abster do trabalho é idêntico para homens e mulheres, mas variáveis importantes podem ficar escondidas quando não se analisam esses grupos de forma específica. (VANDENHEUVEL; WOODEN, 1995).

Mastekaasa *apud* Patton e Johns (2007) estudou absenteísmo em conjunto com gênero, paternidade e estado civil, e descobriu que homens e mulheres com filhos, que eram ou tinham sido casados, possuem padrões semelhantes de absenteísmo.

Segundo Patton e Johns (2007), na prática, apesar de se atribuir essas diferenças no absenteísmo entre as mulheres a fatores como cuidados das crianças e tarefas domésticas, estudos que abordaram essas razões - o que de forma intuitiva fazem sentido - demonstraram inconsistência ou contradições em seus resultados. Portanto, consideram que as evidências que relacionam cuidados com filhos e estresses familiares ao absenteísmo são fracas.

Vandenheuvel e Wooden (1995) realizaram estudo que incluía diversas variáveis para estudar esse fenômeno. Foram encontrados coeficientes significativos para as variáveis: sexo, idade, satisfação no trabalho, pouco tempo no emprego, saúde, eventos estressantes na vida pessoal, filiação sindical e ocupação e atitude sobre o absenteísmo. A presença de dependentes e estado civil não tiveram relação com o absenteísmo.

Em um estudo realizado entre empregados de um banco público brasileiro Bernstorff e Rosso (2008) encontram relação da variável sexo como influente sobre o absenteísmo-doença para afastamentos com duração menor ou igual a 15 dias.

A suposta maior taxa de absenteísmo feminina também é considerada como um custo adicional para contratação de mulheres e em alguns casos esse fator é utilizado como justificativa para que as mulheres recebam salários menores, como estratégia de compensação. Contudo a adoção dessa lógica muitas vezes é carente de dados confiáveis e estatísticos, além de contrariar a noção de custo social da reprodução e custo direto para as organizações (ABRAMO, 2005).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) realizou pesquisa em cinco países da América Latina (Argentina, Brasil, Chile, México e Uruguai) a fim de mapear os custos de contratação por sexo. O estudo se propôs a gerar dados objetivos para ajudar na compreensão sobre custos na contratação de homens e mulheres. Os resultados indicam que os custos

monetários para o empregador que tem relação com a contratação de mulheres são muito reduzidos, representando menos de 2% da remuneração bruta mensal das mulheres, já inclusos valores referentes à licença-maternidade, horário especial de amamentação, custo da maternidade e do cuidado infantil, estabilidade durante a gravidez, licença e período após retorno, direito à creche e custos relacionados à substituição durante o afastamento (ABRAMO, 2005).

Constatou-se que o custo com licenças-maternidade nos países analisados recai sobre fundos públicos ou sistemas de previdência social e não diretamente sobre os empregadores. Também se calcularam os custos de substituição da trabalhadora durante a licença-maternidade. Quando considerados todos os países participantes esse valor foi 0,1% das remunerações brutas e 0,09% no caso do Brasil (ABRAMO, 2005).

No caso de órgãos públicos devido à impossibilidade de se contratar diretamente, observa-se que não são contratados substitutos para os servidores públicos efetivos que se ausentam por motivo de absenteísmo por doença ou saúde, dessa forma as atividades tendem a ser absorvidas pelas equipes ou há remanejamento de servidores de outros setores, o que impacta na organização do trabalho.

Outro estudo relevante sobre o tema, o *Luxemburg Employment Study*, foi realizado em 12 países europeus e nos Estados Unidos que utilizou como indicador o percentual de assalariados que se ausentaram do trabalho na semana em que a pesquisa domiciliar foi realizada. Quando avaliada a taxa de AD, conclui-se que na maioria dos países, há maior absenteísmo entre mulheres na faixa etária de 20 a 54 anos e maior absenteísmo masculino entre 55 e 64 anos. De forma geral, foi verificado que sexo e idade influenciam no absenteísmo por doença e que as taxas são maiores em países em que as licenças são mais “generosas” (BLIKSVAER; HELLIENSEN, 1997 *apud* ABRAMO, 2005).

Outra situação a ser considerada é quando as licenças das mulheres na realidade são ocasionadas por adoecimento dos filhos ou outros parentes. Alguns profissionais de saúde, ao verificarem que as mães não têm direito a licença para cuidar dos filhos ou parentes, concedem às mulheres as licenças como se fossem enfermidades próprias (ABRAMO, 2005).

O tema absenteísmo entre as mulheres ocupa espaço relevante, e ainda representa uma das principais barreiras para ingresso e ascensão de mulheres em postos de trabalho (ABRAMO, 2005; PATTON; JONHS, 2007). Segundo Patton e Jonhs (2007) existe a cultura de se aceitar melhor afastamentos das mulheres e até esperar que elas se afastem mais. Contudo, ainda que

haja compreensão sobre absentéismo, ele é visto de forma negativa pelos gestores, o que pode ocasionar efeitos negativos para as mulheres no mercado de trabalho.

Glick e Fiske (2001) *apud* Patton e Jonhs (2007) denominam essa aceitação do absentéismo feminino de “sexismo benevolente”. Conceito construído subjetivamente com base em estereótipos favoráveis sobre as mulheres (orientada para a família, cuidadora, que precisa de apoio e proteção, e assim por diante). Esses estereótipos são frequentemente apreciados por homens e mulheres e, dessa forma, são bem aceitos, mas reforçam os estereótipos negativos de gênero.

Contudo as pesquisas apresentam resultados muito variados, a depender da data do estudo, a localidade, a área de atuação analisada e tipo de doença, sendo que em alguns casos os homens têm afastamentos superiores aos das mulheres (ANDRADE *et al.*, 2008; SALA *et al.*, 2009).

São apontados diversos fatores para a compreensão desse fenômeno como a sobrecarga das atividades domésticas e familiares ou mesmo comportamento mais preventivo em relação à saúde, que carecem de análises contínuas e mais aprofundadas para fundamentar a análise desse campo de estudo (BARATA, 2009).

1.5 ABSENTEÍSMO NO SETOR PÚBLICO

Carneiro (2006) traz uma importante reflexão sobre a percepção acerca dos servidores públicos brasileiros. De forma geral, são considerados pouco produtivos e enquadrados em uma imagem estereotipada e negativa, o que ocasiona perda de prestígio social, baixa estima e pode contribuir em processos de adoecimento. Ademais, há uma ideia de que os servidores públicos são fraudadores de licenças médicas. Nesse cenário, a realização de pesquisas é fundamental para se conhecer a realidade e ter subsídios para elaboração de políticas e tomada de decisões.

No âmbito federal, a licença para tratamento de saúde é um direito do servidor público, que está previsto na Lei n°. 8.112 de 1990 - Regime Jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. De acordo com o art. 202: “Será concedida ao servidor licença para tratamento de saúde, a pedido ou de ofício, com base em perícia médica, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus”. Essa norma regulamentadora prevê diferentes espécies de licença por motivo de saúde (BRASIL, 1990):

- Licença para tratamento da própria saúde (arts. 202, 203, 204);

- Licença por motivo de doença em pessoa da família (arts. 83);
- Licença à gestante (art. 207);
- Licença por acidente em serviço (arts. 211 e 212).

O prazo de licença para tratamento de saúde do servidor será considerado como de efetivo exercício até o limite de 24 meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo. Após esse prazo, poderá ser concedida licença para tratamento da própria saúde, ressaltando-se que o referido tempo contar-se-á apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade (BRASIL, 2017b).

Os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com o serviço público estão submetidos ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS, em razão do disposto nas Leis nº 8.213, de 1991, 8.647, de 1993, 8.745, de 1993 e § 13 do art. 40 da Constituição Federal. Dessa forma, apenas os primeiros 15 dias de licença serão concedidos pela perícia oficial em saúde, conforme prevê o art. 60 da Lei nº 8.213, de 1991, sendo necessária avaliação pericial para concessão desse afastamento. A partir do 16º dia as licenças serão concedidas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (BRASIL, 2017b).

É papel dos estados, do Distrito Federal e dos municípios a regulamentação dos regimes jurídicos de seus servidores, nesses atos haverá a previsão de licença para tratamento da própria saúde dos servidores, que deverá estar de acordo com a legislação federal de hierarquia superior.

Destaca-se que, no presente estudo, serão consideradas apenas as licenças para tratamento da própria saúde (LTS) de servidores efetivos da Câmara dos Deputados.

Ainda que possuam os direitos de estabilidade e garantia de remuneração previstos na Lei 8.112/90, em alguns casos, os servidores públicos são submetidos a outros fatores que podem gerar incertezas, tais como condições de trabalho ruins, terceirização de serviços ou setores dentro das organizações e responsabilização pelo público das deficiências dos serviços públicos, além da impessoalidade e disputa entre a burocracia e o gerencialismo. Por gerarem estresse e sobrecarga de trabalho, esses fatores podem contribuir com o absenteísmo por doenças (LANCMAN *et al.*, 2007; NUNES; LINS, 2009).

As transformações no mundo do trabalho também atingem os servidores públicos. Há uma luta de forças entre a inovação e a tradicional burocracia, o que pode impactar em condições de trabalho nem sempre favoráveis à manutenção da saúde do servidor (PIRES; MÂCEDO, 2006 *apud* VALE *et al.*, 2015).

Ademais, apesar das diferenças inerentes entre o serviço privado e público, gradativamente a lógica dos modelos organizacionais das empresas privadas vem sendo sistematicamente aplicada às organizações públicas. Pode-se citar o enxugamento dos quadros, por meio de programas de demissão voluntária e a não reposição de trabalhadores afastados por adoecimento ou aposentadoria (LANCMAN *et al.*, 2007). Além da adoção de banco de horas, jornadas estendidas, metas, resultados e pressão de tempo (VALE *et al.*, 2015).

As oscilações políticas e de planejamento também geram instabilidade, ocasionado descontinuidade de projetos que já se encontravam em andamento, alterações na qualidade e quantidade dos serviços ofertados, acúmulo de funções, mudanças na organização do trabalho ou na própria natureza do trabalho, essas atividades nem sempre tem sentido para os trabalhadores ou podem ir contra suas crenças pessoais, mas mesmo assim são esses servidores que devem realizar o trabalho. As alternâncias de gestores e modelos de administração acontecem em todas as esferas do país: municipal, estadual ou federal. Estas características expõem os servidores a vivências de sofrimento, devido à dificuldade em se constituir uma narrativa pessoal e profissional que dê sentido e coerência ao trabalho realizado (SENNETT, 1999 *apud* LANCMAN *et al.*, 2007).

A própria natureza do serviço prestado por servidores públicos, que se baseia em normas jurídicas complexas, e por vezes contraditórias, tende a organizar o trabalho em rotinas fragmentadas e estruturadas em ritos processuais rígidos, que comprometem a margem para mudanças e autonomia ao realizar o trabalho. A grande maioria das atividades é do tipo intelectual e que depende, em grande parte, da atuação de especialistas (PORTO, 2006). Há ainda que se considerar que os servidores públicos são muito capacitados, contudo em muitos casos, seu potencial não é devidamente aproveitado pela organização (SILVEIRA; GRISOTTI, 2011).

A integração desses fatores impacta na realidade profissional do servidor público e contribui com o estresse e sobrecarga de trabalho, desmotivação, insatisfação e altos custos cognitivo, físico e afetivo, levando, em alguns casos, ao adoecimento (ANDRADE *et al.*, 2008; ARAÚJO, 2012; FONSECA; CARLOTTO, 2011; VALE *et al.*, 2015).

A partir da revisão de estudos brasileiros sobre o tema absenteísmo-doença e que elegeram servidores públicos como público alvo foi possível levantar informações e resultados que deram suporte à elaboração do presente estudo, principalmente na seleção de variáveis a serem consideradas. No Quadro 1 pode-se verificar o título de cada trabalho e a distribuição

desses estudos segundo a população estudada, área de atuação profissional dos sujeitos, Estado em que a pesquisa foi realizada e autoria.

Quadro 1- Síntese dos principais trabalhos sobre absenteísmo-doença entre servidores públicos

Título	População	Área de atuação profissional	Estado	Autor (es)
SOFRIMENTO NO TRABALHO: ESTUDO DE CASO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS EM UM ÓRGÃO DO PODER LEGISLATIVO FEDERAL	Servidores federais	Taquígrafos	Distrito Federal	KNUST, 2017
ABSENTEÍSMO-DOENÇA, CUSTO HUMANO DO TRABALHO E CUSTO ECONÔMICO: A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO EM QUESTÃO NO SETOR PÚBLICO	Servidores federais	Não detalhada	Distrito Federal	RAMALHO, 2017
UMA ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO NO SETOR PÚBLICO BRASILEIRO	Servidores de prefeituras	Não detalhada	São Paulo	CERIBELI; INÁCIO; SILVA, 2016
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS AFASTAMENTOS POR LICENÇA MÉDICA DOS SERVIDORES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	Servidores federais	Médicos Enfermeiros Auxiliares / técnicos de enfermagem Outros profissionais de saúde Administrativo / apoio	Não identificado	AZEVEDO, 2015
ABSENTEÍSMO-DOENÇA NO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL DE GOIÂNIA	Servidores municipais	Administrativa Operacional Saúde Fiscalização Educação	Goiás	LEÃO <i>et al.</i> , 2015
O ABSENTEÍSMO-DOENÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	Servidores estaduais	Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares)	Goiás	MARQUES <i>et al.</i> , 2015 (Continua)

				Continuação
TRABALHADORES E O AMBIENTE DE TRABALHO NO PODER LEGISLATIVO FEDERAL BRASILEIRO: EDIFÍCIO DOENTE OU EDIFÍCIO ADOECEDOR?	Servidores federais	Não detalhada	Distrito Federal	SANTOS, 2015
ANÁLISE DE DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS ÀS LICENÇAS MÉDICAS DE SERVIDORES PÚBLICOS DO CEARÁ	Servidores estaduais	Diversificada (inclui educação e segurança pública)	Ceará	VALE <i>et al.</i> , 2015
ABSENTEÍSMO POR LICENÇA MÉDICA EM SERVIDORES DE UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR EM MINAS GERAIS	Servidores federais	Saúde e administrativa	Minas Gerais	BATISTA, 2014
PRINCIPAIS CAUSAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL DO TOCANTINS: ATENDIMENTOS NO SIASS TOCANTINS NO PERÍODO DE JUNHO DE 2011 A SETEMBRO DE 2012	Servidores federais	Não detalhada	Tocantins	COSTA; FERREIRA; BURNIER, 2013
O PERFIL DO ABSENTEÍSMO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: ATESTAÇÃO MÉDICO-ODONTOLÓGICA NA SAÚDE DO SERVIDOR	Servidores municipais	Não detalhada	São Paulo	CAPELARI, 2013
PERFIL DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA NOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS NA UNIDADE SIASS/INSS/ALAGOAS	Servidores federais	Educação, Ciência e Tecnologia Previdência Social Polícia Federal Ministério do Trabalho e Emprego	Alagoas	LE CAMPION; MELO; MONTEIRO, 2013
AFASTAMENTO DO TRABALHO: ABSENTEÍSMO E PRESENTEÍSMO EM UMA INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR	Servidores federais	Docentes e técnicos administrativos	Distrito Federal	ARAÚJO, 2012 (Continua)

				Continuação
PERFIL DE ABSENTEÍSMO NO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA: ANÁLISE DO ANO 2009.	Servidores federais	Não detalhada	Distrito Federal	CARVALHO, 2010
TENDÊNCIA TEMPORAL DE AFASTAMENTO DO TRABALHO EM SERVIDORES PÚBLICOS (1995- 2005)	Servidores estaduais	Saúde e administrativa	Santa Catarina	CUNHA; BLANK; BOING, 2009
LICENÇAS MÉDICAS ENTRE TRABALHADORES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO NO ANO DE 2004	Servidores estaduais	Saúde (médicos, auxiliares de enfermagem, dentistas e enfermeiros) Operacionais (oficiais administrativos, motoristas e auxiliares de serviços) Gestão (diretores, chefes e assistentes técnicos) ou de apoio técnico às atividades assistenciais (farmacêuticos, biólogos, técnicos de radiologia e laboratório)	São Paulo	SALA <i>et al.</i> , 2009
PREVALÊNCIA DE ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORES DO SERVIÇO PÚBLICO	Servidores municipais	Não detalhada	Espírito Santo	ANDRADE <i>et al.</i> , 2008
ABSENTEÍSMO POR MOTIVOS ODONTOLÓGICO E MÉDICO NOS SERVIÇOS PÚBLICO E PRIVADO	Servidores municipais	Não detalhada	São Paulo	MARTINS <i>et al.</i> , 2005
FATORES RELACIONADOS AO ABSENTEÍSMO POR DOENÇA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	Servidores federais	Enfermagem	Minas Gerais	REIS <i>et al.</i> , 2003

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram localizados estudos realizados entre os anos de 2003 a 2017. Vale destacar que há diferenças significativas ao se considerarem os aspectos metodológicos, que vão desde análises estatísticas, organização dos bancos de dados, seleção de recorte temporal, tipo de atividades realizadas pelos servidores, variáveis pessoais e profissionais para compor as análises, âmbito do estudo (municipal, estadual e federal), entre outros. Devem-se considerar as características de cada pesquisa, não sendo possível realizar comparações que se apliquem a todos os casos, sob o risco de não serem consideradas características organizacionais e do contexto do estudo.

Contudo, ainda que pesem essas diferenças metodológicas, é possível observar a convergência na seleção de variáveis, entre elas, destaca-se que a grande maioria dos estudos considerou a variável **sexo** (REIS *et al.*, 2003; MARTINS *et al.*, 2005; ANDRADE *et al.*, 2008; SALA *et al.*, 2009; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; ARAÚJO, 2012; LE CAMPION; MELO; MONTEIRO, 2013; CAPELARI, 2013; BATISTA, 2014; LEÃO *et al.*, 2015; MARQUES *et al.*, 2015; VALE *et al.*, 2015; AZEVEDO, 2015; KNUST, 2017), contudo, mesmo que esses autores tenham analisado essa característica pessoal, não foram localizados trabalhos específicos de absenteísmo-doença sob o enfoque de gênero, alguns propuseram reflexões sobre as possíveis causas relacionadas a essa realidade, sem maior aprofundamento. Vale destacar que em todos os estudos em que o sexo foi considerado, houve predominância de afastamentos das mulheres. Em Carvalho (2010), Costa, Ferreira e Burnier (2013) e Ramalho (2017), o sexo não foi incluído como uma variável para avaliação do absenteísmo.

Em Reis *et al.* (2003), foram detectadas diferenças significativas na proporção de afastamentos entre homens e mulheres, ou seja, a chance de uma mulher ter um afastamento foi 1,59 vez a chance de um homem. Nesse estudo, se destacou a predominância de mulheres na composição de sua amostra, fato considerado normal na profissão de enfermagem. Sugerem avaliar o papel de outras variáveis, como tempo na empresa, turno e a carga reprodutiva que é inerente à condição feminina. Também Azevedo (2015) aponta que a maior prevalência de LTS foi entre mulheres da categoria profissional técnico/auxiliar de enfermagem, assim como Marques *et al.* (2015) que verificou mais afastamentos entre técnicos de enfermagem.

Ao analisar as especificidades dos afastamentos de mulheres, Martins *et al.* (2005) destacaram que as ginecopatias, geralmente utilizadas como justificativa para o maior afastamento feminino, representaram a quinta causa de afastamento, sendo consideradas menos importantes no total das causas de afastamentos.

Em Andrade *et al.* (2008), também foi observada relação estatisticamente significativa ($p=0,043$) entre número de afastamentos e sexo, com prevalência entre as mulheres. Contudo não foi verificada diferença significativa entre sexo e número de dias afastados, assim ambos os sexos se ausentaram por número de dias semelhantes. Nesse sentido, Sala *et al.* (2009) ponderam que ainda que as mulheres tenham mais episódios de licença médica, as médias de dias de licença são razoavelmente maiores entre homens (23%).

Marques *et al.* (2015) apontam que um dos fatores que podem contribuir para o maior absenteísmo-doença entre as mulheres é por procurarem, em média, o serviço de saúde 1,9 vezes mais do que o homem.

Outro ponto de convergência entre os estudos, é que muitos podem ser classificados como epidemiológicos. Por meio da avaliação do código da CID é possível mapear as causas dos afastamentos. Outro dado relevante é a duração da LTS. Isso permitiu consolidar as principais causas de afastamentos encontradas nos estudos analisados, vale mencionar que alguns autores optaram por indicar apenas a principal causa de afastamentos enquanto outros indicaram um número maior. Devido a essas diferenças metodológicas, buscou-se apenas sintetizar os **grupos CID** com maior incidência em mais estudos. A organização do Quadro 2 foi disposta em ordem alfabética não tendo relação com a prevalência de causas.

Quadro 2- Principais causas de absenteísmo-doença em estudos brasileiros

Grupo CID	Estudos
F (Transtornos mentais e comportamentais)	SALA <i>et al.</i> , 2009 CUNHA; BLANK; BOING, 2009 CARVALHO, 2010 ARAÚJO, 2012 LE CAMPION; MELO; MONTEIRO, 2013 COSTA; FERREIRA; BURNIER, 2013 LEÃO <i>et al.</i> , 2015 MARQUES <i>et al.</i> , 2015 VALE <i>et al.</i> , 2015 AZEVEDO, 2015
J (Doenças do aparelho respiratório)	REIS <i>et al.</i> , 2003 ANDRADE <i>et al.</i> , 2008 CARVALHO, 2010 ARAÚJO, 2012 LE CAMPION; MELO; MONTEIRO, 2013
M (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo)	REIS <i>et al.</i> , 2003 SALA <i>et al.</i> , 2009 CUNHA; BLANK; BOING, 2009 CARVALHO, 2010 ARAÚJO, 2012 (Continua)

	(Continuação)
	MARTINS <i>et al.</i> , 2005 LE CAMPION; MELO; MONTEIRO, 2013 COSTA; FERREIRA; BURNIER, 2013 BATISTA, 2014 LEÃO <i>et al.</i> , 2015 MARQUES <i>et al.</i> , 2015 VALE <i>et al.</i> , 2015 AZEVEDO, 2015
S (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas)	SALA <i>et al.</i> , 2009 CARVALHO, 2010 COSTA; FERREIRA; BURNIER, 2013 LEÃO <i>et al.</i> , 2015
Z (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde)	CUNHA, BLANK; BOING, 2009 VALE <i>et al.</i> , 2015

Fonte: Elaborado pela autora.

No Quadro 2 pode-se observar que as causas de afastamentos mais comuns entre os servidores públicos brasileiros foram os transtornos mentais e comportamentais, as doenças do aparelho respiratório, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas e os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que os transtornos mentais e do comportamento são condições clinicamente significativas, caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento (OMS, 2001).

A quantidade de licenças e o número de dias perdidos por doenças relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais servem como alerta, pois se tratam de afastamentos de maior duração, que requerem tratamento de longo prazo, uso de medicações controladas e imprevisibilidade do retorno às atividades. Nesse cenário, pode haver sobrecarga contínua de outros profissionais que permanecem trabalhando, com a possibilidade de desencadear novos afastamentos (FARIA *et al.*, 2005; ELIAS, *et al.*, 2006; OLIVEIRA, *et al.*, 2015 *apud* AZEVEDO, 2015).

Andrade *et al.* (2008) também destacam que as doenças mentais, ainda que não estivessem entre as principais causas de afastamento, apresentaram uma das maiores medianas de dias afastados. Na amostra avaliada, 81,6% dos transtornos mentais estavam relacionados a quadros depressivos-ansiosos, que podem ter relação com o ambiente de trabalho. Segundo a OMS no ano de 2020 a depressão representará uma das principais causas de incapacidade.

No que tange às servidoras, Cunha, Blank e Boing (2009) observaram que transtornos mentais e comportamentais apresentaram maiores taxas e menor redução no período estudado, sinalizando inclusive ascensão. Apontam que, entre os servidores públicos brasileiros, há predominância de causas de afastamento que parecem ter relação com as condições e organização do trabalho. Essa correlação também é observada em empresas privadas.

Os transtornos mentais e comportamentais não ocorrem devido a fatores isolados, mas da interação entre contextos de trabalho com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. O ato de trabalhar pode atingir o corpo, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas, também, reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho (BRASIL, 2001).

Bazzo (1997) *apud* Fonseca e Carlotto (2011) destacam que a história da saúde mental no serviço público brasileiro, nos últimos trinta anos, é marcada por uma organização do trabalho a serviço do desprazer, da depressão e do adoecimento. Nunes e Lins (2009), ao estudarem os possíveis fatores que proporcionam prazer e sofrimento em servidores públicos federais de um tribunal do Judiciário brasileiro, identificaram sofrimento relacionado ao modelo de gestão altamente hierarquizado e tomado pela racionalização burocrática, além do estereótipo do servidor público federal caracterizado pela morosidade, aspectos que impactavam na saúde do trabalhador. Fonseca e Carlotto (2011), ao estudarem os afastamentos por problemas de saúde mental entre servidores do Poder Judiciário, encontraram prevalência de 68% entre as mulheres.

De acordo com Wunsch Filho (2003), com o passar dos anos o perfil epidemiológico dos trabalhadores brasileiros vem se modificando, predominando as lesões por esforços repetitivos. Contudo, há indicação de que os transtornos mentais tendem a aumentar sua relevância nos próximos anos. Silva-Junior e Fischer (2015) indicam que o adoecimento mental foi a terceira principal causa de concessão de benefício auxílio-doença por incapacidade laborativa no Brasil nos últimos anos.

Marques *et al.* (2015) apontam que, na União Europeia, os transtornos mentais e comportamentais também estão entre as principais causas do absenteísmo-doença, principalmente os casos de depressão, ansiedade e distúrbios associados ao estresse. Em um estudo realizado na Dinamarca com 9.904 trabalhadores, foi verificado risco aumentado de recorrência de absenteísmo entre as pessoas com episódios prévios de afastamentos por esse grupo de doenças.

Vale *et al.* (2015) encontraram maior incidência de transtornos mentais e comportamentais entre as mulheres professoras. Consideram que esses distúrbios podem ter relação com fatores que impactam na saúde mental dessas profissionais, a exemplo do acúmulo de carga horária, esforço acumulado por muitos anos em sala de aula, ambiente de trabalho violento, falta de reconhecimento, baixos salários e excesso de cobrança, aumento da violência nos espaços escolares e a ruptura dos laços pedagógicos. Também foi apontado que policiais, de modo geral, apresentam diagnósticos desse grupo de doenças (20,1%), com maior representatividade de problemas relacionados ao uso de álcool e drogas e transtornos psicóticos.

Segundo Oliveira (1996) *apud* Carvalho (2010), ambiente de trabalho marcado por tensão, pressão contínua e pela busca da excelência pode ter relação com a ocorrência de transtornos mentais e comportamentais. Os primeiros sintomas do estresse podem se manifestar como nervosismo, ansiedade, irritabilidade, fadiga, raiva, angústia, depressão, dor no estômago, dor muscular no ombro e pescoço e palpitação.

De acordo com Dejour (2012) *apud* Marques (2014) observa-se um aumento das patologias de saúde mental no âmbito do trabalho no Brasil. Uma das possíveis causas é a ocorrência de violência psíquica nos ambientes de trabalho que também se manifesta na forma de assédio moral. Nesses casos há exposição do trabalhador a situações humilhantes e constrangedoras, de forma repetitiva e prolongada, durante sua jornada de trabalho e no desempenho de suas funções.

Apesar de não ser uma doença, o assédio pode desencadear transtornos psicopatológicos, psicossomáticos e comportamentais. Além de comprometer o desempenho no trabalho devido ao impacto nas condições físicas e mentais. Esses acontecimentos também têm reflexos na vida pessoal do trabalhador (FREIRE, 2008).

As doenças do aparelho respiratório também estão entre as principais causas de afastamentos. De acordo com Lamb *et al.* (2006) *apud* Andrade *et al.* (2008) as alergias contribuem com esse resultado.

Nesse sentido, ao detalhar as principais causas de adoecimento entre usuários do serviço de emergências da CD, Santos (2015) elenca primeiramente as doenças respiratórias que compreenderam seis dos treze principais diagnósticos (Infecção Aguda das Vias Aéreas Superiores, Amigdalite Aguda, Sinusite Aguda, Nasofaringite Aguda, Faringite Aguda, Tosse). As doenças neurológicas representam dois dos treze diagnósticos (Enxaqueca e Cefaleia). Há

ainda as doenças ortopédicas com diagnósticos como Dor Lombar Baixa e Dorsalgia. Também estão entre os diagnósticos mais frequentes a Diarreia, Dor Abdominal/Pélvica e Cistite Aguda.

As doenças respiratórias têm relação com a qualidade interna do ar. Há consenso que a adequada manutenção dos sistemas de ventilação reduz os riscos de contaminação do ar, o que impacta na redução de gastos com a saúde dos empregados e taxas de absenteísmo (SCHIRMER *et al.*, 2011; GIODA; AQUINO NETO, 2003 *apud* SANTOS, 2015). Problemas ambientais decorrentes da falta de controle da temperatura e umidade causam desconforto térmico e favorecem a proliferação de fungos, o que pode provocar aumento da incidência de doenças respiratórias leves, alergias respiratórias e de pele (STRAUSZ, 2007 *apud* SANTOS, 2015).

Destacam-se também os adoecimentos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Vale *et al.* (2015) apontam que fatores relacionados às novas tecnologias e uso intensivo da informática, mobiliário e posturas inadequados, repetição e aumento do ritmo de trabalho podem explicar esses resultados. Ainda ressalta que esses diagnósticos são mais frequentes nas mulheres na população estudada, principalmente entre as professoras e profissionais de saúde (enfermagem e auxiliares). Cunha, Blank e Boing (2009) também verificaram maior incidência dessas doenças entre as mulheres.

Segundo a OMS um número crescente das doenças e lesões osteomusculares incide sobre a população mundial. Essa é uma das principais causas de gastos com a saúde e um dos motivos mais frequentes de absenteísmo laboral e de invalidez permanente (OMS, 2013).

Ao se comparar homens e mulheres que ocupam as mesmas funções, os sintomas osteomusculares aparecem primeiramente entre as mulheres. Os fatores de risco têm diferentes efeitos em cada sexo. Algumas características físicas femininas podem contribuir com esse padrão, pois em média, as dimensões do corpo, força muscular e capacidade aeróbica são menores nas mulheres. Além disso os homens são menos espontâneos ao falar de seus sintomas, o que dificulta o diagnóstico (PASTRE, 2006).

Vale reforçar, conforme já detalhado em Santos (2015) ao indicar as principais causas de adoecimento entre usuários do serviço de emergências da CD, as doenças ortopédicas com diagnósticos como Dor Lombar Baixa e Dorsalgia também constam no rol das principais patologias.

As lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas também se destacaram entre as principais causas de absenteísmo-doença. Englobam os traumas, lesões e

quaisquer agravos de saúde, deliberados ou não, de início súbito e que são consequência imediata de violência, envenenamento ou quaisquer outras causas exógenas (CORASSA *et al.*, 2017).

Leão *et al.* (2015) encontraram a prevalência de mulheres em todos os grupos diagnósticos com exceção do grupo acima citado, em que houve maior prevalência entre os homens. Aspectos relacionados ao comportamento de gênero podem ajudar a compreender essas características de adoecimento. De modo geral, homens e mulheres estão sujeitos aos mesmos fatores de risco nos diversos espaços de vida, entre eles o trabalho. No entanto, características comportamentais podem impor um padrão específico de morbidade, principalmente em relação às lesões, as quais, na população em geral, são mais prevalentes entre os homens, especialmente aquelas relacionadas ao trânsito (4,3 vítimas masculinas para cada feminina) (LEÃO *et al.*, 2015).

Os valores da cultura masculina ressaltam as tendências à exposição a riscos, a associação da masculinidade à invulnerabilidade e também a própria educação familiar, o que tendem a criar modelos masculinos pouco compatíveis às práticas de autocuidado e podem estimular o comportamento agressivo, violento e de descuido com si mesmo (GOMES; NASCIMENTO, 2006; SILVA *et al.*, 2012).

Os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde também figuram entre as principais causas de afastamento. O grupo de doenças classificadas na CID Z é mais abrangente, e inclui desde consultas de rotina ou com finalidade administrativa, até exames laboratoriais para fins diversos, a exemplo de orientações, planejamento familiar, pós-operatório, alguns procedimentos médicos, entre outros (BATISTA, 2014).

Os estudos elencados no Quadro 1 têm como público alvo, em sua maioria, servidores que realizam determinados tipos de atividades, a exemplo de profissionais da área de saúde e educação, sendo que nos demais casos prevaleceram os servidores públicos que exercem atividades administrativas, de formação específica ou em alguns casos não formam detalhadas as atividades exercidas. Contudo, ainda que se considerem essas características próprias de cada população estudada, foi possível verificar que há convergência nas causas mais comuns de afastamentos.

Outra variável que foi considerada em alguns desses estudos foi a **duração da licença**, ou seja, o número de dias que o servidor esteve afastado do trabalho. Martins *et al.* (2005) destacaram que a maior parte dos afastamentos em sua amostra foram de 1 dia (46%). Consideram que, apesar de licenças de um dia serem insuficientes para curar a maioria das

doenças, podem ser solicitadas a realização de exames complementares ou procedimentos médicos, ou ainda podem ser uma “doença provocada”, que representa uma forma de agressão à chefia e à instituição ou uma forma de escapar das tensões sociais, econômicas e psicológicas. Em Carvalho (2010) houve prevalência de 68,36% dos afastamentos de curta duração (até 5 dias). Já para a população de Cunha, Blank e Boing (2009) prevaleceram os afastamentos com até 15 dias (45,92%).

As licenças de curto prazo, segundo Reis *et al.* (2003), podem apresentar informações importantes a respeito do estado de saúde de um grupo de trabalhadores e também podem estar ligadas a fatores como a organização do trabalho, duração da jornada, turnos, autonomia no trabalho, entre outros.

Em relação ao acompanhamento do histórico dos afastamentos, Cunha, Blank e Boing (2009) observaram uma tendência de decréscimo nas taxas de afastamento por motivo de doença, concomitantemente ao aumento na média de dias de afastamento por LTS. Já Ramalho (2017), ao analisar os indicadores do absenteísmo-doença em uma organização pública federal, verificou um aumento do número de licenças médicas ao longo dos cinco anos, com menor duração. Quick e Lapertosa (1982) consideram que um menor número de ausências com maior número de dias perdidos tende a indicar uma doença real.

Em Leão *et al.* (2015) a mediana dos dias de licenças, de acordo com o grupo CID, variou de 7 a 30 dias. Transtornos mentais, neoplasia, doenças metabólicas e neurológicas apresentaram os maiores valores (30 dias), enquanto as doenças infecciosas e respiratórias, tiveram as menores medianas (sete dias).

Outro aspecto relevante avaliado em Martins *et al.* (2005) foi a relação do **tipo de atividade** com os afastamentos. Entre os resultados, observou-se mais LTS entre servidores que realizavam atividades administrativas. Em Cunha, Blank e Boing (2009) foram os servidores lotados na área finalística (93,67%), lembrando que realizaram seu trabalho entre os servidores da área de saúde e administrativa. Batista (2014) também estudou público semelhante e observou que as pessoas lotadas em ambiente hospitalar tiveram mais ocorrências (70,86%). Leão *et al.* (2015) verificaram maior incidência entre profissionais de educação (54,7%),

Diferentes estudos avaliaram o perfil dos servidores que se afastaram segundo sua distribuição por **idade**. Andrade *et al.* (2008) observaram que os trabalhadores mais jovens tendem a apresentar maior número de afastamentos por pequenos problemas de saúde em relação

aos mais velhos, apesar de no estudo não ter sido verificada associação significativa entre faixa etária e licenças médicas. Reis *et al.* (2003) chegaram a semelhante conclusão, pois os resultados indicam que houve maior afastamento de homens jovens do que mais velhos.

Alguns autores agruparam os resultados por faixa etária que variam de 30 a 60 anos. Cunha, Blank e Boing (2009) encontraram maior incidência de afastamentos no público de 41 a 50 anos de idade (44,65%); Martins *et al.* (2005) de 30 a 39 anos; Le Campion, Melo e Monteiro (2013) de 51 e 60 anos; Capelari (2013) para afastamentos médicos foi de 40 a 49 anos e odontológicos acima de 60 anos; Batista (2014) de 40 a 50 anos; Marques *et al.* (2015) de 41 a 50 anos; Leão *et al.* (2015) verificaram mais LTS em mulheres com mais de 40 anos (55,9%) e no âmbito da CD (Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação - Detaq), Knust (2017) destacou o perfil de mulheres com mais de 50 anos.

Outros autores calcularam a média de idade da população, a exemplo de Reis *et al.* (2003) em que a média foi de 39 anos e em Sala *et al.* (2009) foi de 45,1 anos, encontrando-se, entre as mulheres, média de 44,9 anos e, entre os homens, de 45,8 anos.

A variável **tempo do servidor na instituição** foi considerado na pesquisa de Andrade *et al.* (2008) que verificou a prevalência de 40,25% dos servidores que se afastaram com até cinco anos de trabalho. Para Leão *et al.* (2015) a faixa encontrada foi um pouco mais ampla, com 61,9% com menos de 10 anos de serviço. Já em Cunha, Blank e Boing (2009), a média foi de 14,39 anos de tempo de serviço e em Capelari (2013) que foi de aproximadamente 10 anos semelhante a Leão *et al.* (2015).

Cunha, Blank e Boing (2009) também consideraram **o estado civil, a escolaridade, a raça/cor, a faixa salarial e o cargo** ao analisar a distribuição dos afastamentos. Os resultados revelaram os seguintes grupos de servidores em que o evento foi mais frequente: casados (54,38%), com ensino médio (50,36%), de cor branca (83,63%), com faixa salarial de 3,1 a 6 SM (54,68%), e ocupantes de cargo auxiliar (34,66%). Considerando o estado civil e a escolaridade Leão *et al.* (2015) tiveram resultados diferentes com prevalência de afastamentos entre pessoas que possuíam companheiro (49,9%) e tinham ensino fundamental (54,4%). Também Capelari (2013), ao analisar a escolaridade verificou que a maioria possuía Nível Superior (44,6%) e renda mensal, encontrou a faixa de 1 a 3 salários mínimos (61,5%).

Outra variável selecionada nos seguintes estudos, Reis *et al.* (2003), Martins *et al.* (2005), Andrade *et al.* (2008) e Leão *et al.* (2015), foi o **vínculo empregatício**. Os resultados desses

estudos foram divergentes, uma vez que cada grupo possui suas especificidades quando do ingresso no serviço público.

Ceribeli, Inácio e Silva (2016), ao estudarem os fatores que influenciam no absenteísmo entre servidores públicos, verificaram que há uma relação negativa entre autonomia no trabalho e absenteísmo e entre identificação com o trabalho e absenteísmo. Contudo, há uma relação positiva entre a cooperação mútua entre os servidores e o absenteísmo e entre o bom relacionamento interpessoal e o absenteísmo, pois os indivíduos, para manterem um clima organizacional ameno, tornam-se mais tolerantes ao absenteísmo dos colegas. No caso de chefias com uma conduta antiética, houve maior tendência a se ausentar mais do trabalho.

Santos (2015) fez estudo quantitativo com base nos registros de afastamentos por motivo de adoecimentos constantes do prontuário eletrônico, utilizado no serviço de emergências da CD para os anos de 2012 a 2014, e, em uma segunda etapa, foi aplicado questionário para avaliar os sintomas diários e sua possível associação com os aspectos físicos e psicossociais no local de trabalho. Entre os principais resultados, destaca-se que o trabalho legislativo na CD pode ser um fator de risco para adoecimento. Em relação ao levantamento dos sintomas diários, observou-se que o ambiente físico de trabalho era responsável por boa parte das ocorrências, pois 37% do total de servidores que participaram apresentaram sintomas diariamente e, desses, 66% relataram melhora fora do ambiente de trabalho.

Knust (2017) realizou estudo com objetivo de investigar os riscos psicossociais no trabalho desempenhado por trabalhadores do Detaq da CD. Para tal, foram analisados os dados referentes aos afastamentos médicos do trabalho para tratamento de saúde durante o período de 01/05/2013 a 30/04/2016. Também foi aplicado o instrumento - Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais (Proart) e realizado grupo focal com gestores. Os resultados apontaram que embora haja elevado índice de adoecimento, os servidores do DETAQ relataram baixos riscos de sofrimento patogênico e de danos físicos e psicossociais e risco médio em relação à organização prescrita do trabalho, com presença moderada dos estilos de gestão gerencialista e coletivo. Há destaque para as análises de variância entre gênero e as escalas do PROART que confirmaram que as mulheres avaliaram de forma mais negativa os fatores 'divisão das tarefas', 'divisão social do trabalho', 'falta de reconhecimento' e 'danos físicos', além de perceberem mais a presença do estilo gerencialista.

2 MÉTODO

Neste capítulo serão descritos os métodos e técnicas adotados, delimitando o tipo de pesquisa, características da organização, população estudada, procedimentos para coleta e análise de dados, organização do banco de dados e considerações éticas.

2.1 TIPO DE PESQUISA

A fim de atingir o objetivo do estudo, que é analisar quais são as características do absenteísmo-doença das servidoras efetivas da CD, no período de 2015 e 2017, foi realizada pesquisa de natureza descritiva, transversal e epidemiológica. A abordagem envolveu a análise quantitativa dos dados.

Dessa forma, foi possível analisar os registros de licenças dos servidores de forma conjunta, sem identificar individualmente cada sujeito. A escolha dessa metodologia também levou em consideração a existência de muitos registros a serem analisados relativos aos afastamentos dos servidores.

Essa metodologia permite alcançar também os objetivos específicos desse estudo, relacionados à descrição das características pessoais e profissionais dos servidores que se afastaram do trabalho por motivo de LTS, bem como verificar a correlação dessas variáveis. Além de mapear os afastamentos por áreas de trabalho (Administrativa, Legislativa e Política-Legislativa).

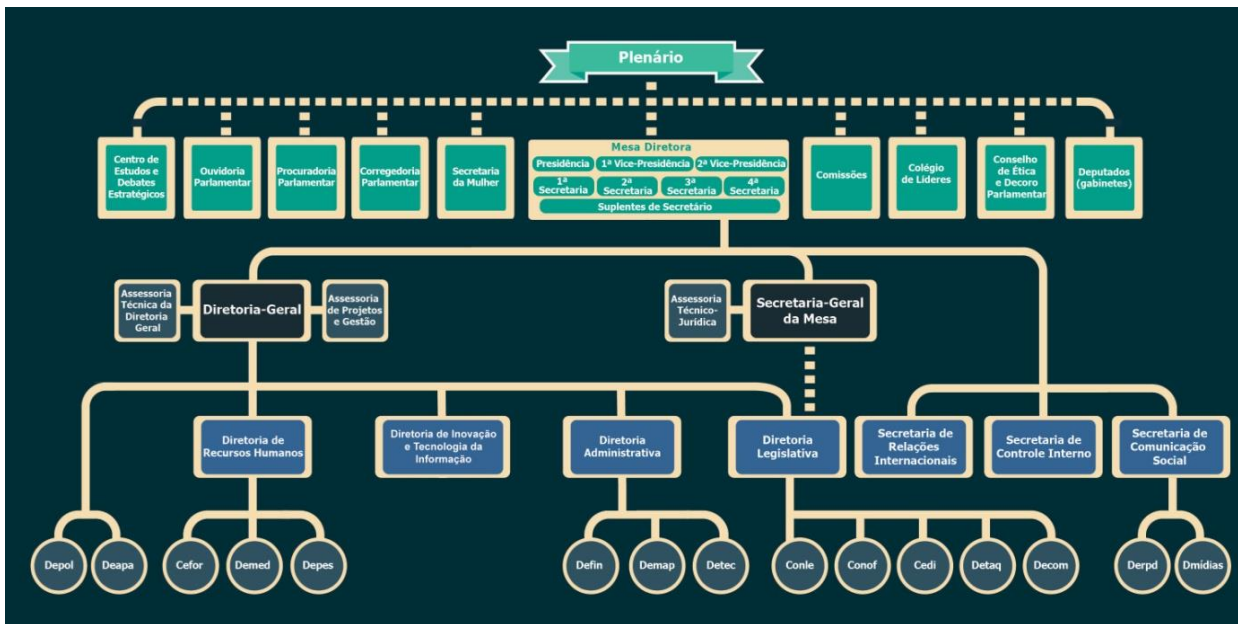
Estudos epidemiológicos contribuem para a geração de informações relevantes sobre a população em estudo, pois é possível verificar a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde e sua variação de acordo com determinadas características, a exemplo de sexo, idade, escolaridade (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Além de cumprir com um dos objetivos específicos do estudo que é identificar o perfil epidemiológico por meio da classificação dos afastamentos de acordo com a CID-10 e período de afastamento para cada sexo.

2.2 CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO

A Câmara dos Deputados é um órgão da Administração Pública Federal que apresenta características que a tornam diferente da maioria das organizações da iniciativa privada e até mesmo do serviço público. Compõe, juntamente com o Senado Federal, o Poder Legislativo

Federal. Possui uma organização essencialmente colegiada, sendo sua composição principal o Plenário, cuja reunião congrega a participação de 513 deputados federais. Para a administração da Casa, há um corpo gerencial que se reporta à Mesa da Câmara dos Deputados, órgão que é composto por sete deputados federais, aos quais compete a supervisão dos trabalhos administrativos da Casa (VENTURA, 2006). Na Figura 1 é possível observar o organograma da CD.

Figura 1- Organograma da Câmara dos Deputados



Fonte: Brasil (2018)

Ao se analisar o organograma da CD é possível observar a divisão funcional das tarefas da organização. Verifica-se uma transposição da divisão funcional clássica proposta por Fayol e a departamentalização da organização segundo as funções da empresa. Santana (2013), utilizando-se das configurações de estrutura organizacional propostas por Mintzberg, classifica a estrutura administrativa da CD como uma Burocracia Mecanizada, com as seguintes características:

[...] tarefas operacionais rotineiras e altamente especializadas; procedimentos muito formalizados no núcleo operacional; proliferação de normas, regulamentos e comunicação formalizada em toda a organização; grandes unidades no nível operacional; confiança na base funcional para agrupamento de tarefas; poder de tomada de decisão relativamente centralizado; e estrutura administrativa elaborada com nítida distinção entre linha e assessoria. (MINTZBERG, 2012 *apud* SANTANA, 2013, p. 57).

A composição da força de trabalho na Instituição é diversificada, não contando apenas com servidores efetivos, mas também com servidores que ocupam cargos em comissão (cargos de natureza especial –CNE e Secretários Parlamentares –SP), de livre nomeação e exoneração, que têm previsão legal no parágrafo único do artigo 3º da Lei n.º 8.112, de 1990, cujos ocupantes são regidos pelas normas estatutárias e disciplinares aplicáveis aos demais servidores da CD e amparados pelo RGPS (aposentadoria, auxílio-doença, entre outros benefícios), nos termos do § 13 do artigo 40 da Constituição Federal (BRASIL, 1990).

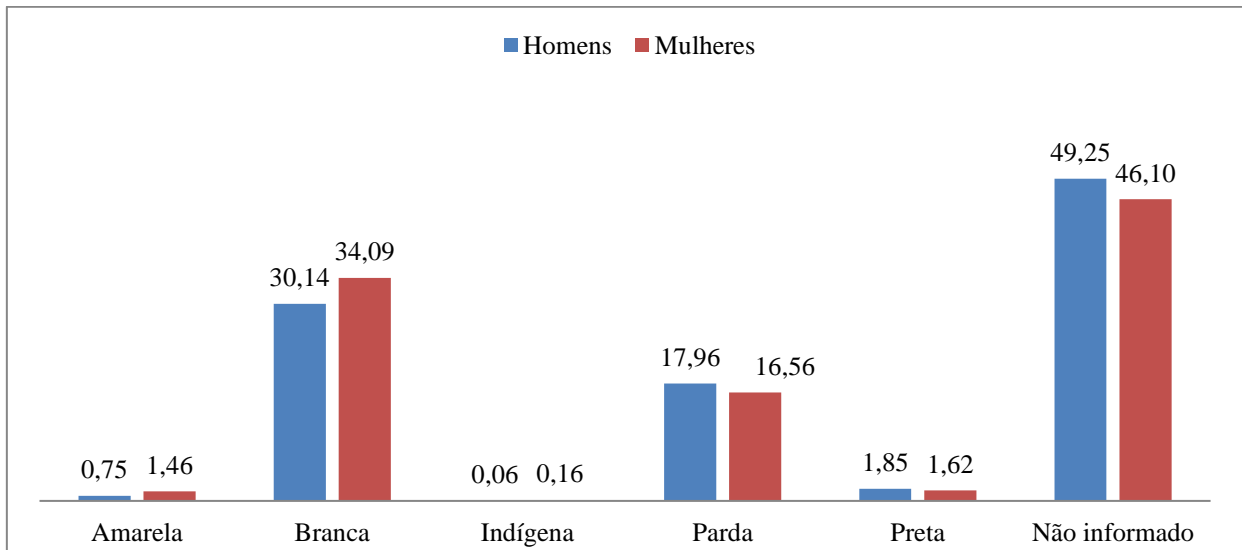
Os servidores efetivos e comissionados atuam em atividades que visam dar suporte ao exercício da atividade legislativa, podendo trabalhar em áreas diretamente envolvidas com o processo legislativo ou em áreas administrativas de suporte à execução dessa atribuição.

Segundo dados do Depes, em março de 2018, a organização tinha aproximadamente 15.567 servidores, distribuídos entre servidores efetivos (2.964), SP (10.946) e CNE (1.657). A distribuição dessa população, conta com 42 % de mulheres ocupantes de cargos efetivos (1.232), 52% entre os CNE (865) e 45% dos SP (4.973). No caso dos servidores efetivos nos Gráficos 3 e 4 pode-se observar a distribuição de FC, sendo que há prevalência de homens na ocupação dessas funções. Conforme as Tabelas (1 a 3) e Gráficos (1 a 8).

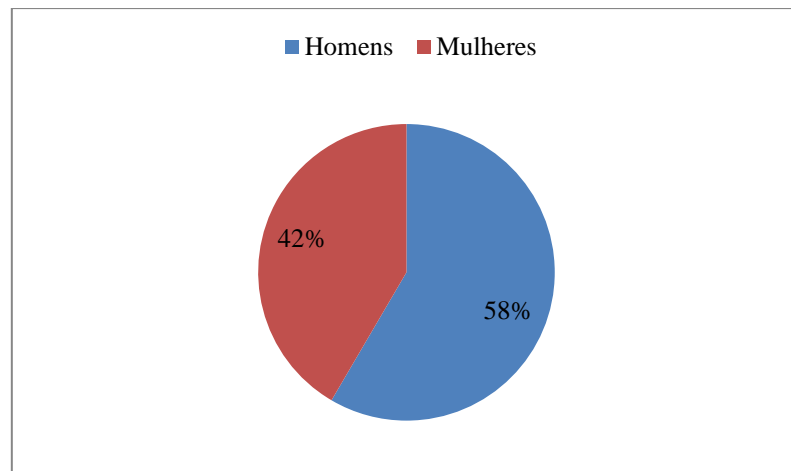
Tabela 1 - Quantidade de servidores efetivos por sexo e raça/cor

Efetivos (as)	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Não informado	Total
Homens	13	522	1	311	32	853	1732
Mulheres	18	420	2	204	20	568	1232

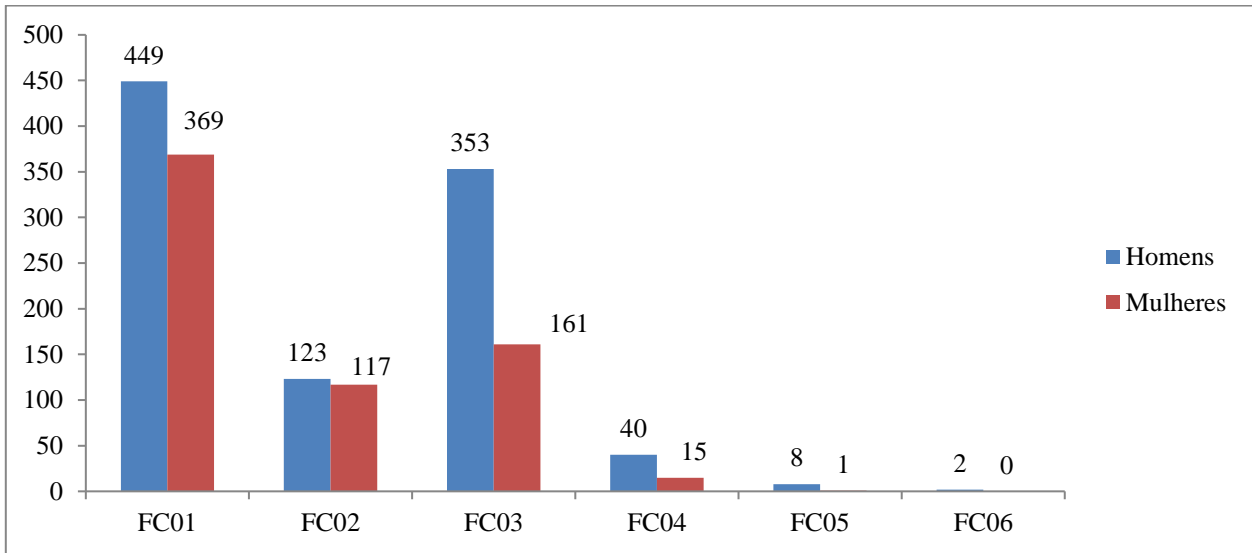
Fonte: Depes (2018).

Gráfico 1 - Percentual de servidores efetivos por sexo e cor/raça

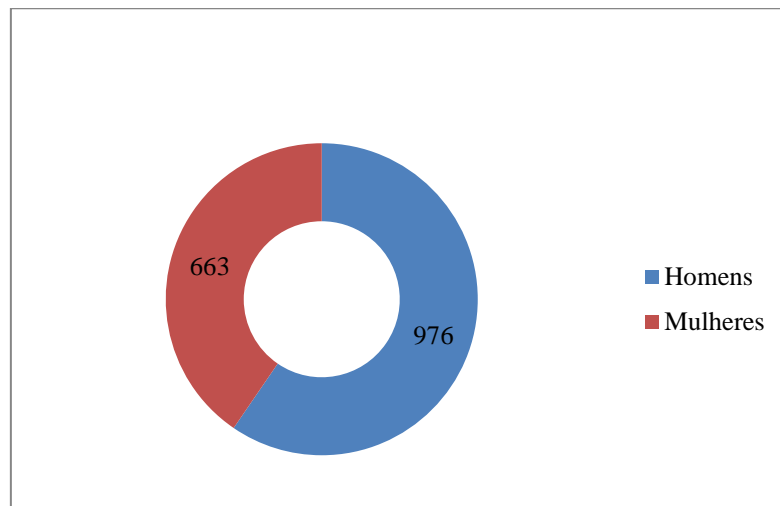
Fonte: Depes (2018).

Gráfico 2 - Percentual de servidores efetivos por sexo

Fonte: Depes (2018).

Gráfico 3 - Quantitativo de servidores efetivos ocupantes de FC por sexo

Fonte: Depes (2018).

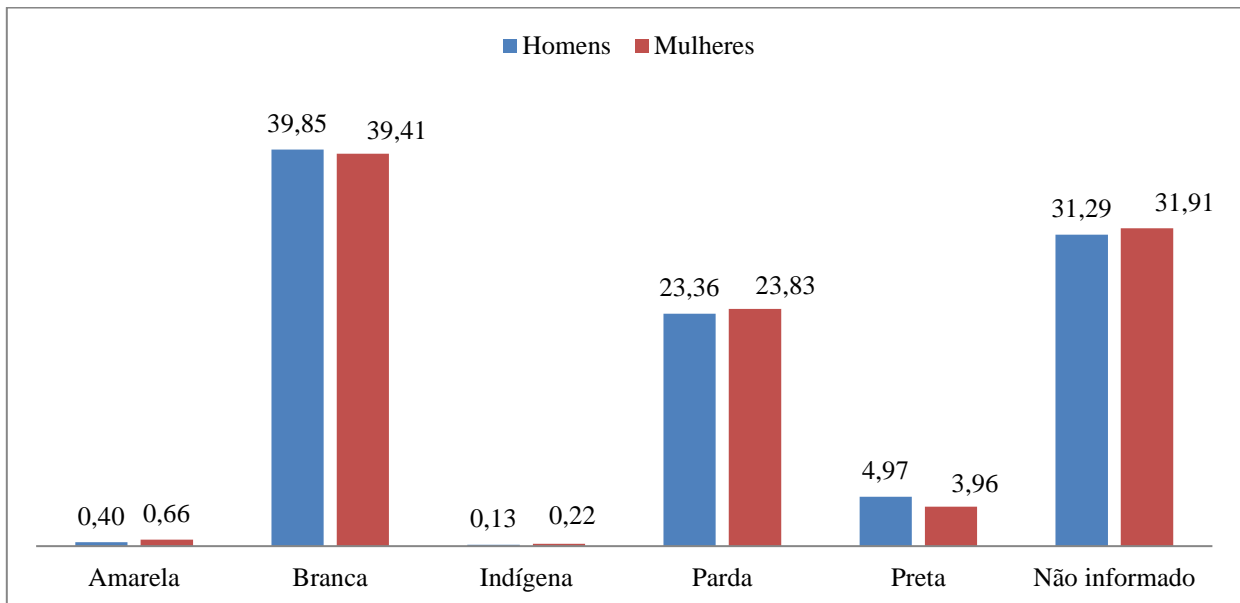
Gráfico 4 - Número de servidores efetivos ocupantes de FC por sexo

Fonte: Depes (2018).

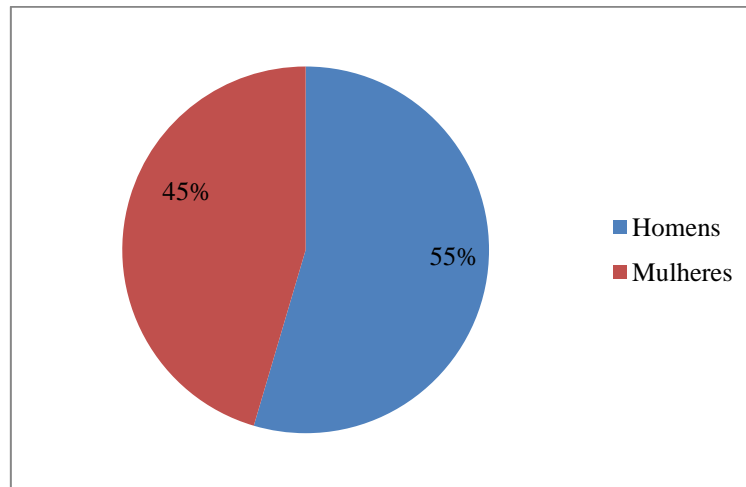
Tabela 2 - Quantidade de secretários parlamentares por sexo e raça/cor

SP	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Não informado	Total
Homens	24	2380	8	1395	297	1869	5973
Mulheres	33	1960	11	1185	197	1587	4973

Fonte: Depes (2018).

Gráfico 5 -Percentual de secretários parlamentares por sexo e cor/raça

Fonte: Depes (2018).

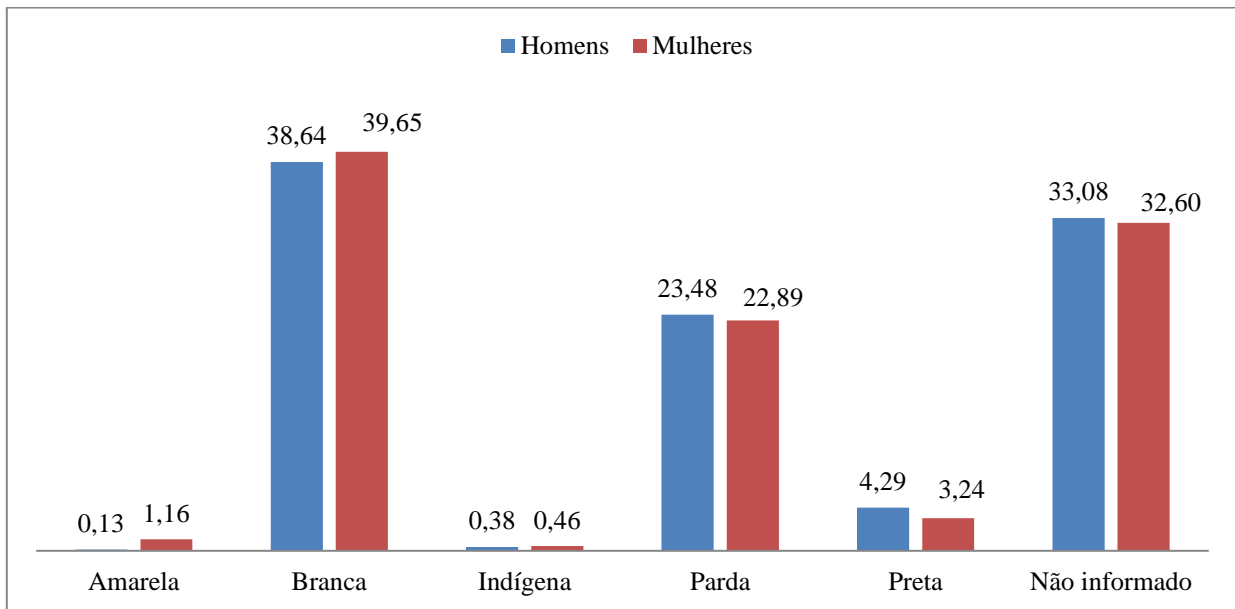
Gráfico 6 - Percentual de secretários parlamentares por sexo

Fonte: Depes (2018).

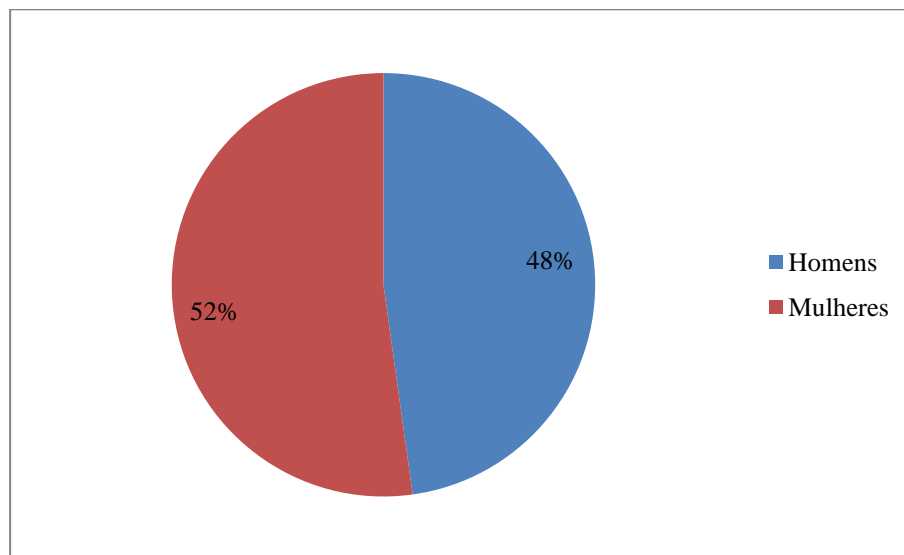
Tabela 3 -Quantidade de ocupantes de CNE por sexo e raça/cor

CNE	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Não informado	Total
Homens	1	306	3	186	34	262	792
Mulheres	10	343	4	198	28	282	865

Fonte: Depes (2018).

Gráfico 7 - Percentual de ocupantes de CNE por sexo e cor/raça

Fonte: Depes (2018).

Gráfico 8 - Percentual de ocupantes de CNE por sexo

Fonte: Depes (2018).

2.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

A população de pesquisa é composta de todos os servidores efetivos que obtiveram licença para tratamento da própria saúde no período de 2015 a 2017, totalizando 2.901 servidores,

sendo 1.386 homens e 1.515 mulheres. Esse total representa 97,8% do total de servidores da CD em março de 2018. As mulheres ainda que representem a minoria do total de servidores (42%), apresentaram mais afastamentos do que os homens.

A licença para tratamento da própria saúde é um direito do servidor público federal com vínculo efetivo, pode ter duração mínima de um dia e até 24 meses. É concedida nos casos de acidente ou doença que impossibilitem ao servidor o seu comparecimento ao trabalho (BRASIL, 1990). Vale ressaltar que essas ocorrências não precisam ter relação com o trabalho.

Os grupos de servidores comissionados (CNE e SP) não foram incluídos, por serem consideradas as especificidades desse vínculo funcional, a exemplo dos SP, que não realizam registro de jornada em sistema de ponto eletrônico biométrico. Ademais aos servidores ocupantes de cargo de livre nomeação e exoneração se aplicam regras de afastamento previstas na RGPS, que diferem de forma significativa do Regime Jurídico Único – Lei 8.112/90 aplicado aos servidores efetivos.

A fim de garantir o sigilo dos servidores, não houve identificação individual, os dados foram analisados de forma conjunta. O número de ponto (matrícula) foi convertido em um código para cada servidor, de modo a identificar os diferentes registros de LTS da mesma pessoa.

2.4 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

O banco de dados do presente estudo foi constituído a partir de dados primários, obtidos por meio de sistemas da Instituição. Em um deles constam as informações referentes aos dados funcionais (matrícula, lotação, cargo, atribuição do cargo, ocupação de função comissionada e data da posse) e pessoais (sexo, data de nascimento, estado civil, número de dependentes). Em outro sistema, foi possível obter o período do afastamento (número de dias e ano) e no prontuário eletrônico está catalogado o diagnóstico médico que originou o afastamento, segundo a CID-10. Esses sistemas mantêm base de dados abrangente, atualizada e integrada. Dessa forma é possível verificar a fidedignidade dos dados. O acesso aos dados foi autorizado pelos órgãos de Gestão da Casa.

Fez-se necessária a organização do banco de dados, considerando que foram enviados em planilhas separadas no formato *Excel (Microsoft)*. No caso de algumas variáveis foi preciso realizar tratamento específico a fim de permitir a consolidação dos dados:

- **Ano:** foi realizada a junção dos afastamentos relativos aos anos de 2015 a 2017

em uma única planilha, de modo a consolidar todos os afastamentos do período e de cada servidor.

- **Ponto:** corresponde à matrícula de cada servidor e foi convertido em código de modo a não permitir a identificação individual.
- **Função comissionada:** na CD as funções comissionadas estão divididas em 6 níveis hierárquicos, correspondendo às siglas FC-01 para o primeiro nível e FC-06 para o de maior nível. Conforme observado no Gráfico 3, há maior concentração de funções nos níveis FC-01 a FC-03, contudo a partir da FC-04 há redução do número de ocupantes considerando a complexidade crescente das atribuições, sendo poucas FC-05 e FC-06. A fim de impossibilitar a identificação dos ocupantes de determinada função a partir dos seus afastamentos por LTS e respectiva lotação, optou-se por considerar o dado de ocupação de função comissionada apenas como “sim” ou “não”, desconsiderando o nível da função.

Cabe destacar que a ocupação de função comissionada na CD tem relação com o exercício de atividades de direção, assessoramento e gestão, e que naturalmente envolvem maior responsabilidade. Ademais os servidores ocupantes dessas funções, não fazem jus ao regime de jornada previsto no Ato da Mesa nº 192 de 08/06/17 (BRASIL, 2017a). Na prática, isso representa uma carga de horário de trabalho superior aos demais servidores.

- **Data da posse:** essa informação foi considerada para calcular o tempo de Casa no período do afastamento, posteriormente foram criadas categorias para agrupar os servidores por faixas (0 a 10 anos, 11 a 21 anos, 22 a 32 anos, 33 a 43 anos).
- **Cargo:** foi fornecida a atribuição do cargo, essa informação corresponde ao respectivo cargo no ingresso por meio do concurso público. Em alguns casos são muito específicos a exemplo de “Médico” ou podem ser mais genéricos como o caso de “Técnica Legislativa” ou “Assistente Administrativo”. Cada atribuição está vinculada ao cargo de “Analista Legislativo” ou “Técnico Legislativo”. Há uma grande variedade de atribuições, que de acordo com o as necessidades do Órgão podem ser extintas, modificadas ou criadas novas.

Dessa forma foi preciso classificar cada atribuição segundo os critérios “Analista Legislativo” ou “Técnico Legislativo”. A diferença entre esses cargos é o requisito de ingresso na CD, sendo que para os Analistas é necessária a apresentação de diploma de conclusão de curso de Nível Superior e para os Técnicos é suficiente a conclusão de Ensino Médio. Ainda que na

prática se considerem as características específicas da atribuição “Consultor Legislativo”, esses servidores ocupam cargo de “Analista Legislativo”.

Ademais esse procedimento permitiu que se retirasse qualquer possibilidade de identificação individual, considerando que havia servidores ocupantes de cargos com atribuições muito específicas em determinadas lotações, o que permitiria a identificação do sujeito.

Alguns casos pontuais foram analisados individualmente e realizados ajustes, quando servidores fizeram novo concurso, passando de “Técnico Legislativo” para “Analista Legislativo” ou “Analista Legislativo/Consultor”.

- **Estado Civil:** esta variável não precisou de ajustes e conta com oito categorias (casado (a), desquitado (a), divorciado (a), separado (a) consensualmente, separado (a) judicialmente, solteiro (a), união estável e viúvo (a)).
- **Sexo:** essa variável também não precisou de ajustes, por ter as duas opções possíveis masculino ou feminino.
- **Data de nascimento:** essa informação foi considerada para calcular idade no momento do afastamento, posteriormente foram criadas categorias para agrupar os servidores por faixas etárias (24 a 36 anos, 37 a 48 anos, 49 a 60 anos ou 61 a 72 anos).
- **Lotação:** na base de dados fornecida pelo Depes foi indicada a lotação por Departamento, Diretoria, Gabinete ou Órgão conforme a Figura 1 (organograma da CD). Em seguida foi realizada a classificação do tipo de atividade desenvolvida a partir da lotação, para tal foram usados os critérios adotados pelo Detec (Departamento Técnico) no Censo de 2015/2016 (Anexo).

Nesse documento consta um fluxograma que permite identificar se o órgão é “Político-Legislativo”, “Legislativo” ou “Administrativo”. Cada unidade é distribuída de acordo com a participação direta ou indireta no processo legislativo e ocupação de cargos de direção por Deputados. Nessa classificação o processo legislativo é compreendido como o conjunto de procedimentos estabelecidos para a elaboração de leis e envolve o trâmite das ações desde a apresentação da proposição até a consolidação da lei, conforme previsão constitucional. Trata-se de uma classificação útil e prática, mesmo com a dificuldade para se delimitar com exatidão algumas unidades.

Quadro 3- Distribuição das Unidades por tipo de lotação

Político-legislativo	Legislativo	Administrativo
Participação direta no processo legislativo e/ou os cargos de direção são ocupados necessariamente por Deputados	Participa indiretamente do processo legislativo	Não participa do processo legislativo e os cargos de direção não são ocupados por Deputados
Mesa-Diretora Comissões Gabinete (Deputados) Centro de Estudos e Debates Estratégicos Ouvidoria Parlamentar Procuradoria Parlamentar Corregedoria Parlamentar Secretaria da Mulher Colégio de Líderes Conselho de Ética e Decoro Parlamentar Secretaria de Relações Internacionais Secretaria de Comunicação Social	Secretaria-Geral da Mesa Assessoria Técnica-Jurídica (SGM) Diretoria Legislativa Consultoria Legislativa Consultoria de Orçamento Departamento de Taquigrafia Departamento de Comissões Centro de Documentação e Informação	Diretoria-Geral Assessoria Técnica da Diretoria-Geral Assessoria de Projetos e Gestão Departamento de Polícia Legislativa Departamento de Apoio Parlamentar Diretoria de Inovação e Tecnologia da Informação Diretoria de Recursos Humanos Departamento de Pessoal Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento Departamento Médico Secretaria Executiva do Pró-Saúde Diretoria Administrativa Departamento de Finanças, Orçamento e Contabilidade Departamento de Material e Patrimônio Departamento Técnico Secretaria de Controle Interno

Fonte: Censo Detec (Brasil, 2015).

O uso das categorias de lotação também colabora para a preservação do sigilo individual, principalmente no caso de Unidades com número reduzido de servidores.

No caso de servidores que já estavam aposentados quando do envio dos dados, fez-se necessária a consulta individualizada de sua lotação no momento do afastamento, bem como a ocupação de função comissionada. Foram excluídos do banco os servidores que estavam sem lotação no momento da LTS (Afastados pelo Depes).

- **CID-** considerando que cada condição de saúde é associada a um código de até seis caracteres e as categorias são agrupadas por um conjunto de doenças semelhantes, no presente estudo optou-se por agrupar todos os afastamentos relacionados ao mesmo conjunto de doenças, por exemplo, os códigos F 32, F 41.1 e F 44.1, foram agrupados no grupo F.

Constavam no banco alguns registros como CID 0, contudo esse não é um código válido e por isso foram excluídos. Também foram excluídos os afastamentos referentes aos seguintes

códigos, por não corresponderem a um motivo de saúde do próprio servidor, mas de seus dependentes:

- Z 74 – dependência de outra pessoa que exige cuidados de saúde;
- Z 76.1 – supervisão e cuidado de crianças assistidas;
- Z 76.2 - supervisão de cuidado de saúde de outras crianças ou recém-nascidos sadios;
- Z 76.3 – pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente.

- **Data de início do afastamento** – este dado do banco foi utilizado para calcular a idade e o tempo de Casa na data do afastamento.

- **Número de dias do afastamento** – não foram realizados ajustes nesses dados, posteriormente a quantidade de dias foi distribuída em sete faixas (1 dia, 2 dias, 3 dias, 4 dias, 5 dias, entre 6 e 31 dias, mais de 31 dias).

- **Classe de dependentes-** optou-se por realizar agrupamento das diversas classes de dependentes, que são: filho até 21 anos, filho estudante até 25 anos, enteado até 21 anos, enteado estudante até 25 anos, filho inválido, enteado inválido, filho adotivo até 21 anos, guarda e responsabilidade, menor sob tutela, neto e sobrinho. Dessa forma foi computado se o servidor possui representantes em cada classe, independente da quantidade em cada tipo. Por exemplo, se um servidor tem 2 filhos até 21 anos e 1 enteado estudante até 25 anos, terá 2 classes de dependentes. Foram excluídas as classes sobrinho e enteado inválido por não terem ocorrências na população estudada.

A seleção das variáveis a serem consideradas no presente estudo teve como base a revisão de literatura sobre o tema e os resultados obtidos em estudos anteriores. As seguintes variáveis foram desconsideradas conforme detalhamento a seguir:

- Vínculo empregatício foi incluído em Reis *et al.* (2003), Martins *et al.* (2005), Andrade *et al.* (2008) e Leão *et al.* (2015), contudo essa variável não foi considerada no presente estudo, haja vista a população ser apenas de servidores efetivos, todos com o mesmo tipo de vínculo.

- Escolaridade foi incluída em Cunha, Blank e Boing (2009) essa variável foi considerada pouca representativa no presente estudo devido à inclusão do cargo.

- Cor ou raça foi avaliada em Cunha, Blank e Boing (2009), ainda que essa seja uma variável de interesse na pesquisa, na CD, segundo dados do Depes, 48 % dos servidores tinham em seu campo de cadastro pessoal a categoria “não informada” para raça/cor. Dessa forma há um

prejuízo na fidedignidade dessas informações, considerando que o autocadastramento racial não é obrigatório na Instituição.

2.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais visando atingir os objetivos do estudo, para tal os dados foram recebidos em planilhas eletrônicas em *Excel (Microsoft)*. Para as análises foram utilizados os softwares estatísticos R e SAS e o próprio *Excel*. Vale destacar que foram considerados todos os registros de LTS e por isso diferentes registros podem se referir a uma mesma pessoa.

Entre as análises descritivas foram calculadas: média, mediana, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo, primeiro quartil e terceiro quartil para cada variável, comparando-se as diferenças entre os sexos em relação ao número de LTS e também número de dias afastados do trabalho nos três anos analisados.

A fim de analisar quais são as características do absenteísmo-doença das servidoras efetivas da CD, foi proposta a análise de regressão múltipla, que busca prever o número de solicitações de afastamento com base em uma variedade de informações conhecidas e previamente registradas.

A regressão múltipla também permite “verificar a correlação de licenças médicas entre os servidores segundo as variáveis profissionais e pessoais”, que é outro objetivo específico do trabalho.

A fim de matematizar as ausências por meio do número de solicitações de afastamentos registrados, foram realizados agrupamentos de algumas das variáveis descritas. Assim, para cada grupo de informações disponíveis, foi possível avaliar quantas vezes o afastamento foi solicitado.

As informações concedidas foram agregadas de maneira que a resposta do número de solicitações pudesse ser vinculada às seguintes variáveis: função comissionada (possui ou não); tempo médio de anos após a posse, que indica quantos anos em média se passaram (a partir da data de posse) até a data do pedido de afastamento; uma variável que classifica entre Analista ou Técnico Legislativo; estado civil; sexo; idade; tipo de lotação (Legislativa, Administrativa ou Política-Legislativa); lotação; grupo CID; média de dias em que o servidor esteve afastado; e o número de classes de dependentes conferidas a cada grupo.

Dispondo das variáveis descritas, foi avaliado o conjunto e quantitativo das informações que melhor explicassem o respectivo montante de solicitações de afastamento. Para tanto, foi analisado se a influência de cada uma das variáveis dispostas é significativa para a predição de interesse.

Utilizou-se o algoritmo *stepwise*, como critério para seleção de variáveis, que avalia o efeito no erro da regressão considerando a saída e a entrada de cada variável explicativa no modelo. O resultado da aplicação do algoritmo indica que o melhor modelo para estimar as variáveis foi o seguinte:

$$Y = 1.295 - 0.279 X_1 + 0.005 X_2 + 0.146 X_3 + 0.334 X_4 + 0.142 X_5 + 0.246 X_6 + 0.008 X_7 + 0.211 X_8 + 0.11 X_9 + 0.08 X_{10} + 2.09 X_{11} + 0.19 X_{12} + 0.31 X_{13} + 0.42 X_{14} + 0.39 X_{15} + 1.47 X_{16} + 0.8 X_{17} + 1.255 X_{18} + 1.782 X_{19} + 0.412 X_{20} + 0.493 X_{21} + 0.02 X_{22} + 0.063 X_{23}$$

Em que Y é definida como a variável que se deseja estimar e explicar (o número de solicitações de afastamento) e X_i , com i variado de 1 a 23 para cada uma das variáveis explicativas, como descrito no Quadro 4.

Quadro 4- Definição das variáveis

Variável	Legenda
Y	Quantidade de Solicitações de Afastamento
X ₁	Função Comissionada (1 Sim, 0 para Não)
X ₂	Média de anos trabalhados após a posse
X ₃	Estado Civil: Divorciado (1 Sim, 0 para Não)
X ₄	Estado Civil: Separado (1 Sim, 0 para Não)
X ₅	Estado Civil: Solteiro (1 Sim, 0 para Não)
X ₆	Sexo
X ₇	Idade
X ₈	Lotação: Departamento de Apoio Parlamentar (1 Sim, 0 para Não)
X ₉	Lotação: Diretoria de Recursos Humanos (1 Sim, 0 para Não)
X ₁₀	Lotação: Diretoria Legislativa (1 Sim, 0 para Não)
X ₁₁	Lotação: Gabinete dos Parlamentares (1 Sim, 0 para Não)
X ₁₂	Lotação: Lideranças (tipo de lotação) (1 Sim, 0 para Não)
X ₁₃	Lotação: Secretaria de Comunicação Social (1 Sim, 0 para Não)
X ₁₄	Grupo CID: B (1 Sim, 0 para Não)
X ₁₅	Grupo CID: D (1 Sim, 0 para Não)
X ₁₆	Grupo CID: F (1 Sim, 0 para Não)
X ₁₇	Grupo CID: J (1 Sim, 0 para Não)
X ₁₈	Grupo CID: M (1 Sim, 0 para Não)
X ₁₉	Grupo CID: O (1 Sim, 0 para Não)
X ₂₀	Grupo CID: T (1 Sim, 0 para Não)
X ₂₁	Grupo CID: Z (1 Sim, 0 para Não)
X ₂₂	Tempo Médio de Dias Afastado
X ₂₃	Número de Classes Dependentes

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Cabe ressaltar que para atributos não numéricos, foram criadas adaptações binárias que pudessem ser adequadas ao modelo de regressão. Na interpretação do modelo foram considerados os coeficientes estimados (que acompanham as variáveis fornecidas) como o impacto que causam na resposta da quantidade de afastamentos registrados. Ou seja, quanto mais o coeficiente se aproxima de zero, menor o impacto da variável no resultado da taxa de ausência.

O objetivo específico do estudo “Comparar o perfil de absenteísmo entre servidoras e servidores da Câmara” pode ser alcançado a partir dos resultados das análises descritivas e por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney ou apenas Mann-Whitney, que é utilizado para comparar dois grupos independentes sem supor nenhuma distribuição.

As análises descritivas permitem “identificar o perfil epidemiológico por meio da classificação dos afastamentos de acordo com a CID- 10 e período de afastamento”, que também é um dos objetivos específicos visados no estudo.

De modo a permitir “mapear os afastamentos por áreas de trabalho (departamentos agrupados de acordo com a natureza da atividade)” foram considerados resultados obtidos nas análises descritivas e também realizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

3 RESULTADOS

3.1 ANÁLISES DESCRITIVAS

A seguir serão apresentados os resultados das análises descritivas consideradas relevantes para entender o comportamento do absenteísmo-doença na CD. Vale mencionar que foram analisadas a quantidade de pedidos de afastamentos (nº de LTS) e seu respectivo número em dias afastados, sempre se comparando por sexo e considerando o período de três anos do estudo.

A soma dos afastamentos homologados nos anos de 2015 a 2017 para homens e mulheres é de 21.865. Desse total 61,17% dos afastamentos são de mulheres, o que representa aproximadamente o dobro de solicitações de servidores do sexo masculino (38,83%) (Tabela 4).

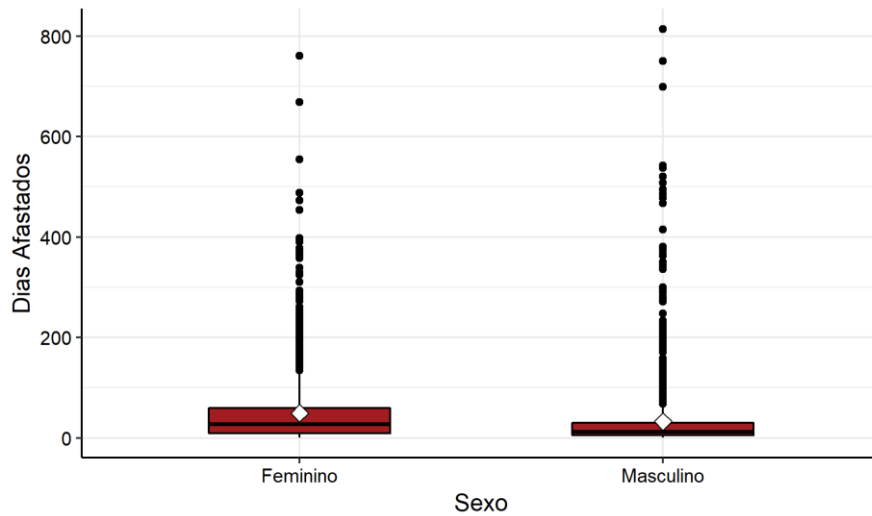
Tabela 4 - Quantidade e percentuais do número de afastamentos e dias afastados por ano e sexo

Ano	Sexo		Total			
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino		
	Nº de afastamentos	Nº de dias	Nº de afastamentos	Nº de dias	Nº de afastamentos	Nº de dias
2015	4.289 62,59%	23.240 60,19%	2.563 37,41%	15.369 39,81%	6.852 100%	38.609 100%
2016	4.659 60,35%	24.215 58,60%	3.060 39,65%	17.101 41,40%	7.719 100%	41.316 100%
2017	4.429 60,72%	20.371 55,36%	2.865 39,28%	16.423 44,64%	7.294 100%	36.794 100%
Total	13.377 61,77%	67.826 58,11%	8.488 38,83%	48.893 41,89%	21.865 100%	116.719 100%

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Ao se desdobrar esses dados em número de dias, os afastamentos representam 116.719 dias. Evidencia-se a discrepância dos afastamentos entre os sexos, ao se observar que as mulheres solicitaram 18.933 dias a mais do que homens, o que representa 16,22% (Figura 2, Gráfico 9 e Tabela 4). Essa superioridade se manteve em todos os três anos.

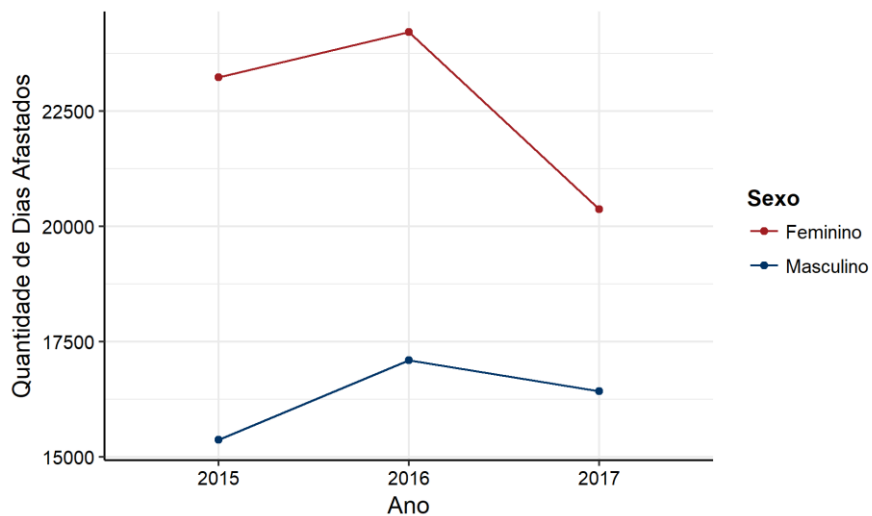
Figura 2- *Boxplot* referente à quantidade de dias afastados de cada sexo



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Em quantidade de dias, o ano de 2016 foi o com o maior número para os dois sexos, representando 35,39% do total de dias afastados.

Gráfico 9 - Gráfico de Linhas referente à quantidade de dias afastados por sexo e ano



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

A média de afastamentos para os três anos é de 9,67 entre as mulheres, superior à dos homens, que é 5,62. Outra medida que indica maior volume de solicitações entre as mulheres é o terceiro quartil que indica que 75% das mulheres solicitaram até 13 afastamentos enquanto para os homens esse número cai para 7 (Tabela 5).

Tabela 5 - Medidas descritivas da quantidade de afastamentos por sexo

Medidas Descritivas	Sexo	
	Feminino	Masculino
Quantidade de Afastamentos	13.377	8.488
Média	9,67	5,62
Mediana	7	4
Desvio Padrão	8,76	6,60
Valor Mínimo	1	1
Valor Máximo	72	99
Primeiro Quartil	3	2
Terceiro Quartil	13	7

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

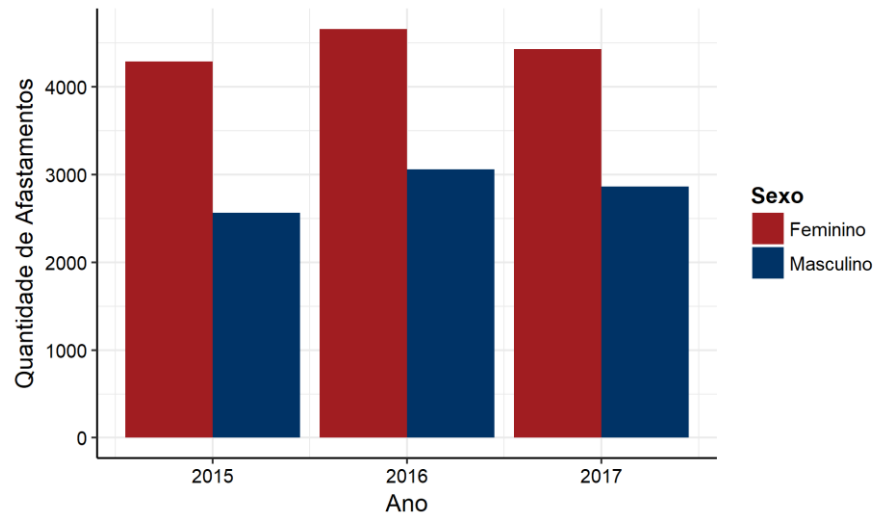
Ao se calcular a média de dias afastados por sexo, verificamos que para as mulheres é de 49,07 e para homens é de 32,42. Além de possuírem maior mediana (27), o que indica que, no geral, elas solicitam mais dias do que os homens (Tabela 6).

Tabela 6 - Medidas descritivas da quantidade de dias afastados por sexo

Medidas Descritivas	Sexo	
	Feminino	Masculino
Dias afastados	67.826	48.893
Média	49,07	32,42
Mediana	27	12
Desvio Padrão	69,83	68,19
Valor Mínimo	1	1
Valor Máximo	761	814
Primeiro Quartil	9	5
Terceiro Quartil	59	30

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

A partir da análise integrada da Tabela 4 e do Gráfico 10, nota-se que, em todos os anos, o número absoluto de afastamentos foi maior entre as mulheres. O ano com mais solicitações, tanto por parte dos homens quanto por parte das mulheres foi, 2016. Em todos os anos, os homens solicitaram menos afastamentos que as mulheres. Entretanto, no ano de 2016, os homens tiveram maior participação (39,65% dos afastamentos).

Gráfico 10- Gráfico de colunas referente à quantidade de afastamentos de cada sexo por ano

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Na Tabela 7, pode-se observar que a média de afastamentos por pessoa foi maior para as mulheres em todos os anos, sendo que 2016 ocorreram as maiores médias para ambos os sexos. Além disso, os desvios padrões para ambos os sexos e em todos os anos foram bem próximos, o que demonstra que todos os casos apresentam variabilidades semelhantes.

Diferentemente das medianas, que não sofreram alterações ao longo dos anos, o valor máximo apresentou constante crescimento, visto que o ano de 2017 apresentou o maior número de solicitações realizadas por apenas uma pessoa, sendo 39, tanto para homens quanto para mulheres.

Em todos os anos o primeiro quartil, que representa 25% das solicitações foi de 2 para mulheres e de 1 para homens.

Tabela 7 - Medidas descritivas da quantidade de afastamentos por sexo e ano

Medidas Descritivas	2015		2016		2017	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Quantidade de afastamentos	4.289	2.563	4.659	3.060	4.429	2.865
Média	4,02	2,69	4,17	3,00	4,15	2,86
Mediana	3	2	3	2	3	2
Desvio Padrão	3,36	2,64	3,85	3,08	3,66	2,99
Valor Mínimo	1	1	1	1	1	1
Valor Máximo	24	27	36	36	39	39
Primeiro Quartil	2	1	2	1	2	1
Terceiro Quartil	5	3	6	4	5	3

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Percebe-se, em consulta à Tabela 8, que a menor média de dias por pessoa por parte das mulheres ocorreu no ano de 2017 (19,09 dias por mulher), enquanto a maior média por parte dos homens ocorreu em 2016 (16,78 dias por homem). Entre as mulheres as médias apresentavam maior variação entre os anos.

Outro fator a ser observado são os desvios padrões, cujos valores foram bem próximos, exceto para mulheres em 2015 e em 2017, quando foram mais baixos, o que representa que nesses anos, para o sexo feminino, a variabilidade em torno da média foi menor.

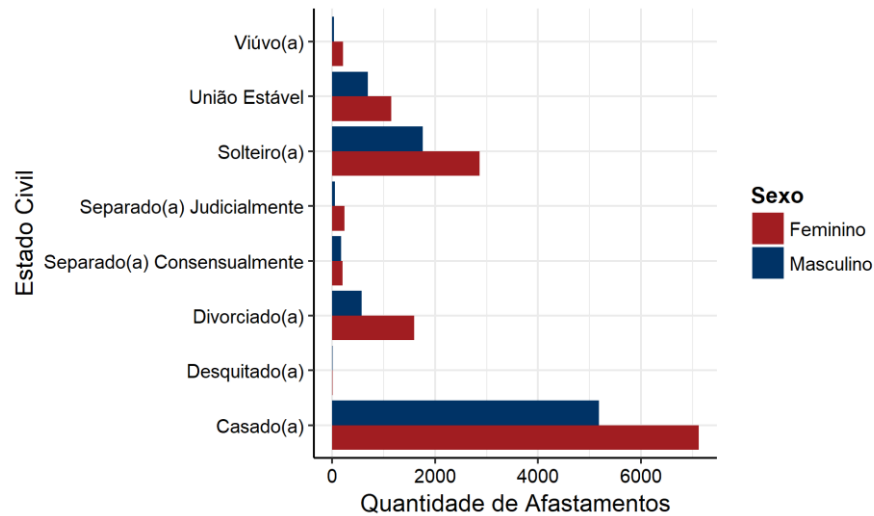
Tabela 8 - Medidas descritivas da quantidade de dias de afastamento por sexo e ano

Medidas Descritivas	2015		2016		2017	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Dias afastados	23.240	15.369	24.215	17.101	20.731	16.423
Média	21,80	16,17	21,71	16,78	19,09	16,42
Mediana	10	5	9	6	8	5
Desvio Padrão	33,34	36,33	38,25	38,62	31,97	37,70
Valor Mínimo	1	1	1	1	1	1
Valor Máximo	234	390	360	420	360	437
Primeiro Quartil	3	2	3	3	3	2
Terceiro Quartil	24	14	23,50	15	21	14

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Estado Civil por sexo

Analisando-se os estados civis de todas as ocorrências (ambos os sexos e todos os anos), os que mais solicitaram afastamentos (em números absolutos) foram os servidores casados (as) (56,24%, com 12.299 afastamentos), solteiros (as) (21,15%, com 4.626 afastamentos), divorciados (as) (9,9%, com 2.166 afastamentos) e em união estável (8,42%, com 1.842 afastamentos), respectivamente. Enquanto os que menos solicitaram foram desquitados (as) (0,06%, com 15 afastamentos), viúvos (as) (1,16%, com 244 afastamentos) e separados (as) judicialmente (1,37%, com 300 afastamentos) e separados (as) consensualmente (1,70%, com 373 afastamentos), respectivamente (Gráfico 11).

Gráfico 11- Gráfico de colunas referente à quantidade de afastamentos de cada sexo por estado civil

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Pode-se perceber que as mulheres casadas são as que mais solicitam afastamentos, em números absolutos, seguidas pelos homens casados. Além disso, as menores quantidades de solicitações ocorreram por parte das mulheres desquitadas, seguidas pelos homens desquitados. No geral, as mulheres são as que mais solicitam afastamentos, exceto as desquitadas, em que os homens desquitados solicitaram 7 afastamentos a mais (Tabela 9).

Tabela 9 - Número de afastamentos e média por estado civil e sexo

Estado Civil	Nº de pedidos		Média	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Casado (a)	7.119	5.180	9,76	5,14
Solteiro (a)	2.863	1.763	8,89	6,78
Divorciado	1.592	574	10,61	8,31
União Estável	1.145	697	10,22	4,77
Separado (a) consensualmente	199	174	8,65	13,38
Separado (a) judicialmente	244	56	8,71	9,33
Viúvo	211	33	11,72	6,60
Desquitado	4	11	4,00	5,50

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

É possível verificar que a maior média de afastamentos por pessoa ocorreu entre os homens separados consensualmente (13,38 afastamentos por pessoa), enquanto a menor média ocorreu entre as mulheres desquitadas (4 afastamentos por pessoa). Em relação às médias de afastamentos, os estados civis em que os homens se afastaram mais vezes que as mulheres foram

desquitado (a), separado(a) consensualmente e separado(a) judicialmente, enquanto nos outros estados civis as mulheres obtiveram mais afastamentos, em média, que os homens (casado (a), divorciado (a), solteiro (a) e em união estável) (Tabela 9).

Na Tabela 10 consta a quantidade de dias correspondente aos afastamentos por estado civil para homens e mulheres, assim como a média de dias afastados para cada grupo.

Tabela 10 - Quantidade de dias de afastamento e média por estado civil e sexo

Estado Civil	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Casado (a)	36.884	30.787	67.671
Média	50,59	30,57	
Desquitado (a)	7	21	28
Média	7,00	10,50	
Divorciado (a)	7.624	3.445	11.069
Média	50,82	49,92	
Separado (a) consensualmente	1.404	541	1.945
Média	61,04	41,61	
Separado (a) judicialmente	1.014	143	1.157
Média	36,21	23,83	
Solteiro (a)	12.999	10.327	23.326
Média	40,36	39,71	
União Estável	6.773	3.510	10.283
Média	60,47	24,04	
Viúvo (a)	1.121	119	1.240
Média	62,27	23,80	
Total	67.826	48.893	116.719

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Nota-se que as mulheres casadas foram as que solicitaram mais dias de afastamento, em números absolutos, seguidas pelos homens casados. Ademais, as menores quantidades de dias ocorreram por parte das mulheres desquitadas, seguidas pelos homens desquitados. Novamente, no geral, exceto as mulheres desquitadas, as mulheres são as que solicitaram mais dias de afastamento.

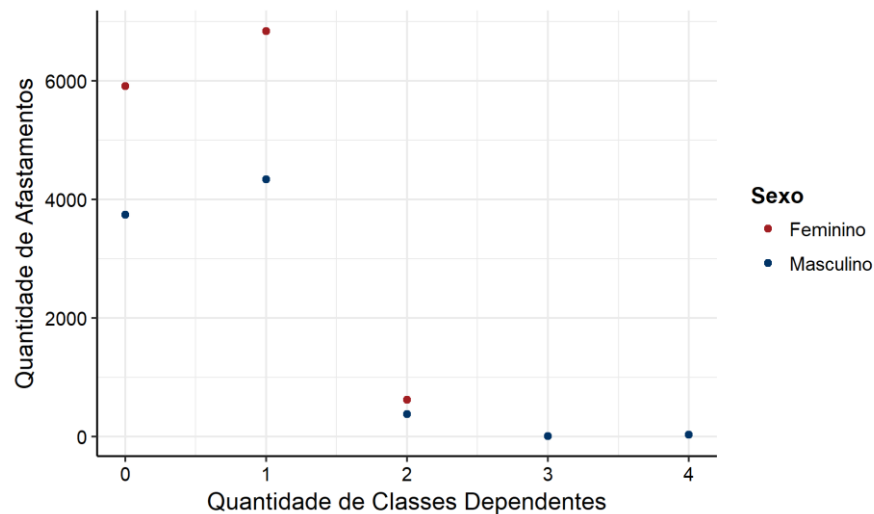
Quanto às médias de dias afastados por pessoa, o único estado civil em que a média masculina foi maior que a feminina foi para os desquitados. Nos demais, a média de dias afastados por mulheres foi superior à de homens. Contudo, as maiores médias entre as mulheres são de 62,27 entre as viúvas, 61,04 entre as separadas consensualmente e de 60,47 entre as mulheres em união estável.

Ademais, há grande discrepância entre os valores dos desvios padrões, uma vez que estes variam de 0 a 97,82, indicando grande divergência entre cada um dos estados civis.

Número de classes de dependentes por sexo

Dentre os servidores que apresentaram afastamentos por motivo de AD entre 2015 a 2017, em relação ao número de classe de dependentes que possuem, houve predominância de afastamentos entre os que possuem uma classe, tanto para homens (4.339 afastamentos), quanto para mulheres (6.844), total que concentra 11.183 afastamentos, o equivalente a 51,15% do total. Na sequência estão os servidores que não possuem classe de dependentes, com 9.657 (44,17%), sendo 5.912 entre as mulheres e 3.745 para os homens. Os servidores que possuem duas classes de dependentes representam apenas 4,56% do total de afastamentos, sendo 621 entre as mulheres e 374 entre os homens. Apenas homens com três ou quatro classes de dependentes solicitaram afastamentos, sendo respectivamente, o número de 5 e 25 afastamentos, que juntos representam somente 0,12% do total (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Gráfico de pontos referente à quantidade de afastamentos de cada sexo por número de classes de dependente



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Na Tabela 11, pode-se ver a relação da quantidade de classes dependentes com o número de dias afastados e a respectiva média de dias por sexo. Pode-se observar que a classe com maior número de dias solicitados foi a de uma classe dependente, percebe-se que as mulheres que solicitaram mais dias de afastamento foram as pertencentes a essa categoria, já em relação aos homens, os que solicitaram mais dias foram os que não possuem nenhuma classe dependente, apenas com uma diferença de 250 dias em relação aos homens com uma classe de dependentes.

Tabela 11- Quantidade de classes de dependentes por quantidade de dias afastados e média de dias por sexo

Quantidade de classes de dependentes	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
0 (nenhuma)	29.291	23.672	52.963
Média	45,76	38,11	
1	35.422	23.422	58.844
Média	51,11	29,09	
2	3.113	1.731	4.844
Média	58,73	21,91	
3	0	35	35
Média	0	11,66	
4	0	33	33
Média	0	33	
Total	67.826	48.893	116.719

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Pode-se perceber que a maior média de dias afastados por pessoa ocorreu por parte das mulheres com duas classes dependentes (58,73 dias por pessoa), enquanto a menor média de dias por pessoa ocorreu por parte dos homens com três classes dependentes (11,66 dias por pessoa). Destaca-se que as diferenças de médias entre homens e mulheres com uma classe de dependentes, é de 29,09 e 51,11, respectivamente, assim como com duas classes de dependentes, é de 21,91 para homens e 58,73 para mulheres.

Idade por sexo

Na Tabela 12 consta a quantidade de solicitações de afastamento, por sexo e faixa etária para os três anos analisados. Vale notar, que os números relacionados aos percentuais correspondem à proporção dos pedidos de afastamento de dada faixa etária em relação ao total de solicitações para cada coluna apresentada.

Tabela 12 - Quantidade de pedidos de afastamentos por idade e sexo

Faixa Etária	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
24 a 36 anos	1.799	1.503	3.282
	13,30%	17,71%	15,01%
37 a 48 anos	4.387	2.333	6.720
	32,80%	27,49%	30,73%
49 a 60 anos	5.920	3.787	9.707
	44,26%	44,62%	44,44%
61 a 72 anos	1.291	865	2.156
	9,65%	10,19%	9,90% (Continua)

			Continuação
Total	13.377	8.488	21.865
	100%	100%	100%

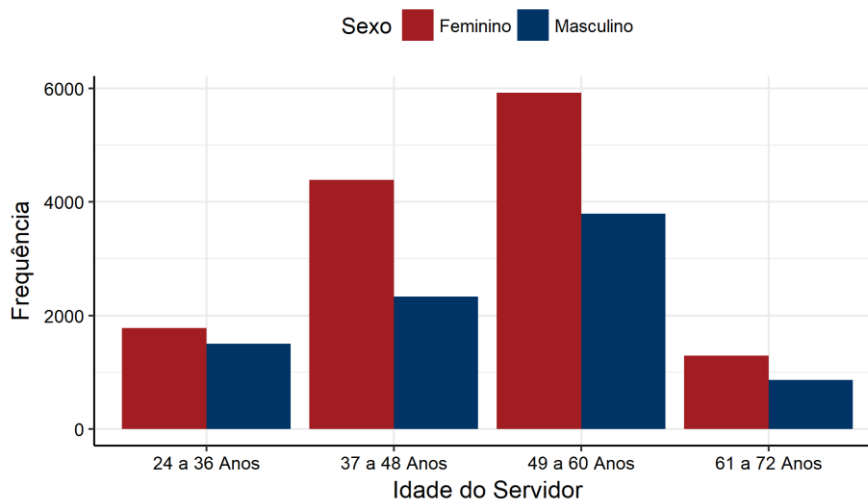
Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Percebe-se que a maior parte dos pedidos de afastamento foram realizados por servidores entre 49 a 60 anos, representando 44,40% do total de solicitações registradas. Em contrapartida, registros realizados por pessoas entre 61 a 72 anos de idade (9,90% do total de registros) caracterizam minoria dos pedidos de afastamento.

No que diz respeito ao sexo, é notório que apesar do número de solicitações ser maior para mulheres em qualquer categoria, a proporção de afastamentos por faixa etária não se altera significativamente quando comparado ao total. Isto é, o fato do servidor ser do sexo feminino ou masculino, não parece influenciar na idade com que o afastamento é solicitado.

Tais constatações, baseadas nas informações advindas da tabela de frequências, são resumidas no Gráfico 13.

Gráfico 13- Gráfico de colunas do número de solicitações por sexo e faixa etária



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Em relação às médias da quantidade de afastamentos por faixa etária e sexo, percebe-se que as servidoras têm média de pedidos maior que os homens em todas as faixas etárias. É interessante notar também que o número médio de afastamentos de mulheres é o maior para a faixa etária dos 61 aos 72 anos. Quando esta informação é comparada ao fato de que o número total de pedidos de mulheres é o menor para esta mesma categoria (como foi visto

anteriormente), concluímos que devem existir pontos extremos nesta faixa, descentralizando a média em relação à concentração de quantidade de pedidos por servidor (Tabela 13).

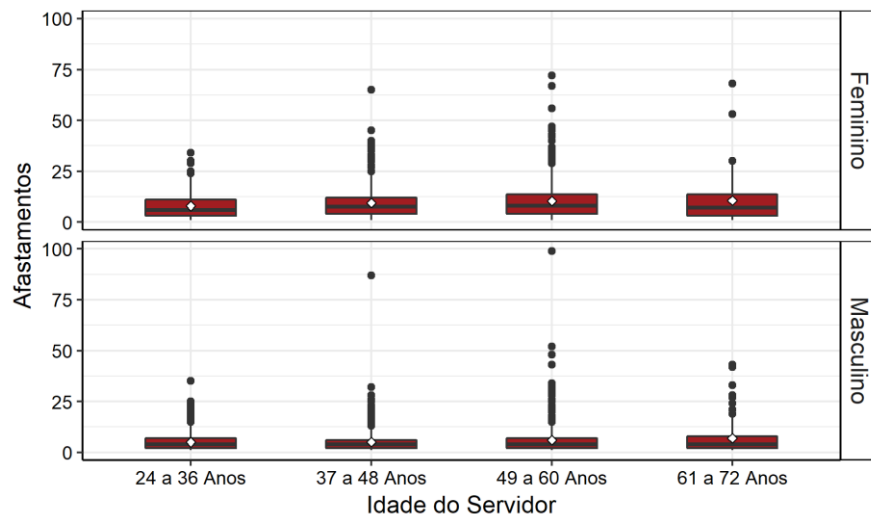
Tabela 13 - Descritivas das solicitações de afastamentos por idade e sexo

Faixa Etária	Sexo	Média	Desvio Padrão
24 a 36 anos	Feminino	7,94	6,54
	Masculino	5,01	4,66
37 a 48 anos	Feminino	9,41	8,09
	Masculino	5,11	6,11
49 a 60 anos	Feminino	10,39	9,56
	Masculino	6,04	7,31
61 a 72 anos	Feminino	10,58	10,34
	Masculino	6,98	8,19

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Por meio da análise do *boxplot* na Figura 3 é possível verificar que existem diversos pontos extremos em todas as categorias de todos os sexos, o que explica a proximidade do desvio padrão da média, indicando variabilidade acentuada dos dados.

Figura 3- *Boxplot* do Número de Solicitações por Sexo e Faixa Etária



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Ao se considerar os dados da Tabela 14, se percebe que a distribuição do total de dias afastados por faixa etária se assemelha à encontrada para o número de solicitações de afastamento registradas, sendo os servidores com idade entre 49 a 60 anos e entre 61 a 72 anos aqueles que registraram maior e menor quantidade total de dias afastados, respectivamente.

Tabela 14 - Quantidade de dias afastados por idade e sexo

Faixa Etária	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
24 a 36 anos	7.476	6.579	14.055
37 a 48 anos	20.756	12.779	33.535
49 a 60 anos	32.232	21.506	53.738
61 a 72 anos	7.362	8.029	15.391
Total	67.826	44.893	116.719

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Exceto para a faixa etária que engloba os servidores de 61 a 72 anos, se mantém a supremacia do número total de dias afastados quando se trata de mulheres. Esta diferença se manifesta na Tabela 15, onde se encontra um acréscimo no número médio de dias afastados por servidores do sexo masculino com idade entre 61 a 72 anos (se comparados aos demais).

Tabela 15 - Descritivas da quantidade de dias de afastamento por idade e sexo

Faixa Etária	Sexo	Média	Desvio Padrão
24 a 36 anos	Feminino	33,38	45,85
	Masculino	21,93	51,56
37 a 48 anos	Feminino	44,54	63,64
	Masculino	27,96	53,66
49 a 60 anos	Feminino	56,55	76,64
	Masculino	34,30	62,43
61 a 72 anos	Feminino	60,34	87,56
	Masculino	64,75	136,37

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Para todas as faixas etárias, a comparação da média com os desvios padrão, indica que existem poucos (e altos) valores extremos em relação aos demais. Isto é, existe uma minoria dos servidores que tiveram um número significativamente maior de dias totais afastados.

Função comissionada por sexo

Ao se estudar o número de afastamentos de acordo com a ocupação de função comissionada em todo o período analisado, foi possível verificar que essa variável não alterou de forma significativa o comportamento de solicitar afastamentos, bem como ser de determinado sexo. Entre os servidores sem FC, as mulheres solicitaram 7.028 afastamentos (52,54%) e os homens 4.620 (54,43%). Para o grupo ocupante de FC, o total para mulheres foi de 6.349 (47,46%) e para os homens foi de 3.868 (45,57%).

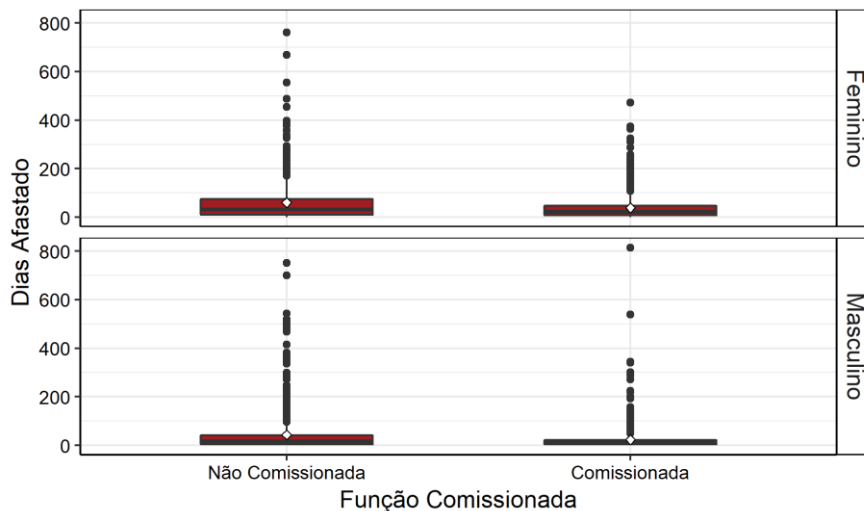
As médias de números de afastamentos solicitados para os servidores que não possuem FC são superiores tanto para homens (6,72) quanto para mulheres (10,81), quando comparada às médias dos ocupantes de FC que são de 8,67 para mulheres e 4,71 para homens.

Em se tratando de número de dias desses afastamentos, pode-se observar que 59,27% dos dias, o equivalente à 69.177, vieram de servidores sem FC. Dentre estes, 39.321 dizem respeito a mulheres e 29.865 partem de homens. Servidores com FC pediram 40,73% dos afastamentos, dos quais 28.505 foram de servidoras do sexo feminino, e 19.037 do sexo masculino.

No caso de homens sem FC, a média de dias em que permaneceram ausentes foi de 43,40 dias, enquanto pra mulheres esse número aumenta para 60,49. Quanto aos servidores com FC, os homens obtiveram média de 23,19 dias, e mulheres de 38,92.

Vale destacar que há casos de servidores que se afastam por um período de tempo muito maior do que a média. Este comportamento é revelado para ambos os sexos e para ocupantes ou não de FC, mas é de maior intensidade nas categorias relativas aos servidores que não ocupam cargos comissionados, como pode ser visto no *boxplot* (Figura 4).

Figura 4 - Boxplot do total de dias afastado por ocupação de FC e sexo



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

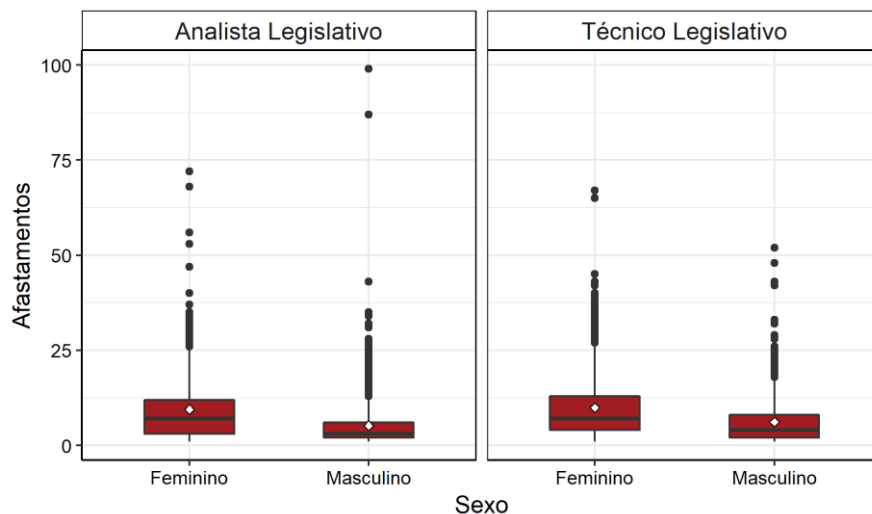
Cargo por sexo

Quando se analisam a quantidade de solicitações de afastamento por cargo, 54,45% dos pedidos vieram de Analistas Legislativos (11.906) e 45,55% de Técnicos Legislativos (9.959). Tal proporção não se altera quando categorizada por sexo, que no caso dos AL é de 55,38% (7.408) para mulheres e 52,99% (4.498) para homens e para os TL 44,62% (5.969) entre as mulheres e 47,01% (3.990) entre os homens.

A média de pedidos de afastamento é semelhante para mulheres do cargo de AL quanto de TL (9,49 e 9,93, respectivamente). Dentre os homens, a média encontrada foi de 5,21 e 6,20 para AL e TL, respectivamente.

É possível verificar também que as distribuições encontradas não se distinguem consideravelmente entre os sexos, possuindo sempre pontos extremos em relação à média, como pode ser examinado no *boxplot* (Figura 5).

Figura 5 - Boxplot do número de solicitações por cargo e sexo



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Na Tabela 16 evidencia-se 50,05% pedidos foram feitos por AL e 49,95% por TL, sendo o número de dias afastados muito próximos entre os dois cargos. Em ambos os níveis, a maior parte dos pedidos foi feita por mulheres. No entanto, enquanto o número de pedidos feito por mulheres diminui dentre Técnicos, em comparação às mulheres Analistas, as solicitações feitas por homens aumentam, comparado aos homens Analistas.

Tabela 16 - Quantidade de dias afastados por cargo e sexo

Cargo	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Analista Legislativo	35.527	22.893	58.420
	52,38%	46,82%	50,05%
Técnico Legislativo	32.299	26.000	58.299
	47,62%	53,18%	49,95%
Total	67.826	48.893	116.719
	100%	100%	100%

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

O número médio de dias total afastados por servidor foi de 45,49 e 26,50 para Analistas do sexo feminino e masculino, respectivamente. Para Técnicos, a média do sexo masculino foi de 40,37, e mulheres (a maior delas) foi de 53,74.

Lotação por sexo

Propõe-se o detalhamento do quantitativo de afastamentos por tipo de lotação (Tabela 17).

Tabela 17 - Quantidade de afastamentos por tipo de lotação e sexo

Tipo de lotação	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Administrativo	5.759	4.523	10.282
	43,05%	53,29%	47,02%
Legislativo	4.900	2.168	7.068
	36,63%	25,54%	32,33%
Político-Legislativo	2.718	1.797	4.515
	20,32%	21,17%	20,65%
Total	13.377	8.488	21.865
	100%	100%	100%

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

O tipo de lotação com o maior número de solicitações é o administrativo (47,02%), seguida pelo legislativo (32,33%) e, por fim, pelo político-legislativo (20,65%). Para todos os tipos, as mulheres representam a maior parte dos pedidos.

Para ambos os sexos, a ordenação de frequências se mantém igual à encontrada para os dados em geral (administrativo, seguido de legislativo e político-legislativo), no entanto, para homens os dois últimos níveis têm um decréscimo menor do que o encontrando para o sexo feminino. Enquanto para mulheres o percentual cai 16% do legislativo para o político-legislativo, para homens a diferença é de apenas 4%.

Vale notar que dada a diferença da quantidade de servidores por unidade, a estatística revelada pelo cálculo da mediana, pode representar melhor o comportamento da variável.

Observando os resultados apresentados na Tabela 18, percebe-se que a mediana indica que para todos os sexos por tipo de lotação, a quantidade de solicitações foi equivalente.

Tabela 18 - Estatísticas das solicitações de afastamento por lotação e sexo

Tipo de lotação	Sexo	Média	Mediana
Administrativo	Feminino	10,09	7
	Masculino	5,58	4
Legislativo	Feminino	9,37	7
	Masculino	5,43	4
Político-Legislativo	Feminino	9,44	7
	Masculino	6,03	4

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

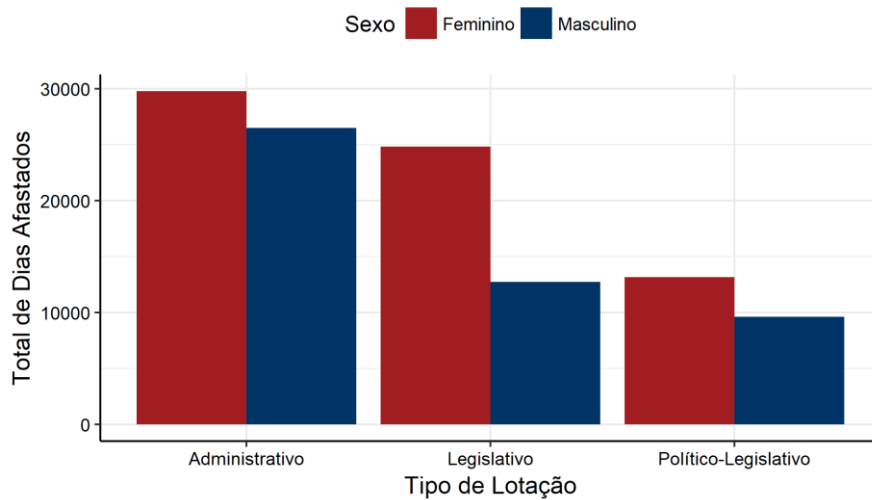
Em relação à quantidade de dias afastados por tipo de lotação, mantém-se a mesma distribuição da quantidade de LTS por lotação, que 48,22% dos dias afastados foram relativos à servidores do tipo de lotação Administrativa, 32,22% do Legislativa, e 19,56% do Política-Legislativa. Em todas as áreas há predominância de afastamentos das mulheres (Tabela 19).

Tabela 19 - Quantidade de dias afastados por lotação

Tipo de lotação	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Administrativo	29.972	26.492	56.284
	43,92%	54,18%	48,22%
Legislativo	24.847	12.758	37.605
	36,63%	26,09%	32,22%
Político-Legislativo	13.187	9.643	22.830
	19,44%	19,72%	19,56%
Total	67.826	48.893	116.719
	100%	100%	100%

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Na área Legislativa há destaque para a diferença no número de dias de afastamentos para as mulheres, que não é tão discrepante nas demais áreas, conforme pode ser visualizado no Gráfico 14.

Gráfico 14 - Gráfico de colunas da quantidade de dias afastados por lotação e sexo

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

As mulheres do tipo de lotação Administrativa e homens da Política-Legislativa têm a maior (52,18) e menor (31,97) média, respectivamente. Além disso, avalia-se que a variabilidade para todas as classes independente do sexo e tipo de lotação, é consideravelmente alta. Revelando que existem servidores com a quantidade de dias afastados bem superior quando comparado com o comportamento geral (Tabela 20).

Dada a diferença na quantidade de servidores por tipo de lotação e a presença de valores extremos (revelado pelas estatísticas), pode se dizer que a mediana seria uma medida mais adequada ao avaliar o número médio de dias afastado por servidor de cada tipo de lotação e sexo. Na Tabela 20 é possível observar que o número total de dias de afastamento para mulheres cai para valores entre 25 e 29 dias, e para os homens entre 10 e 14 dias.

Tabela 20 - Estatísticas da Quantidade de dias de afastamento por lotação e sexo

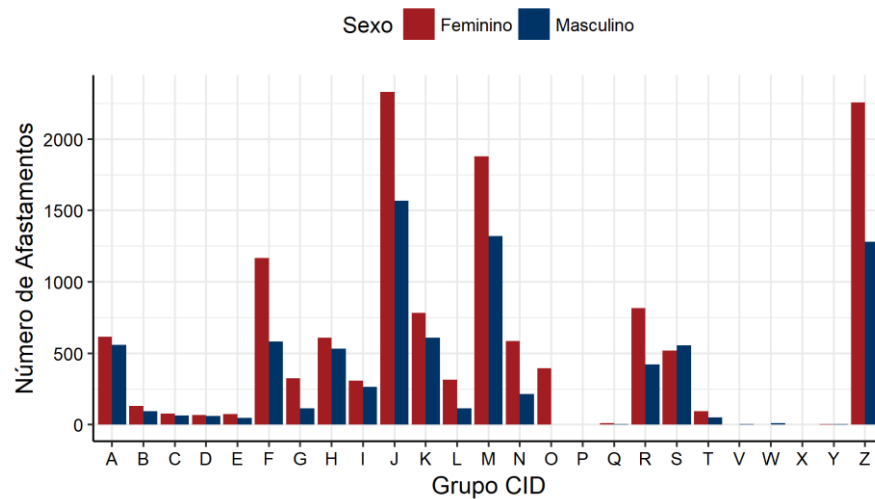
Tipo de lotação	Sexo	Média	Mediana
Administrativo	Feminino	52,18	29
	Masculino	32,67	12
Legislativo	Feminino	47,51	25
	Masculino	31,97	10
Político-Legislativo	Feminino	45,79	27
	Masculino	32,36	14

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Grupo CID por sexo

Ao se analisar a Tabela 21 e os Gráficos 15 a 17, percebe-se que tanto para homens, quanto para mulheres, a maior parte dos afastamentos solicitados são referentes ao Grupo CID de letra J- Doenças do aparelho respiratório com 17,84% do total, seguido pelo grupo Z - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde com 16,18% do total e grupo M - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 14,55% do total.

Gráfico 15 - Gráfico de Colunas da quantidade de afastamentos por Grupo CID e sexo



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

No que diz respeito aos grupos menos frequentes, há diferenças entre homens e mulheres. Enquanto para mulheres os grupos menos frequentes são os de letra P (Algumas afecções originadas no período perinatal), V (Causas externas de morbidade e de mortalidade), W (Outras causas externas de traumatismo acidentais), X (Excesso de esforços ou contato com animais ou plantas venenosos) e Y (Efeitos adversos de substâncias psicotrópicas ou drogas ou vacinas, não classificadas em outra parte ou sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade) todos com menos de 0,1% do total, para homens tem-se os de letra O (Gravidez, parto e puerpério), P (Algumas afecções originadas no período perinatal), ambos exclusivos de mulheres, Q (Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas), V (Causas externas de morbidade e de mortalidade) e X (Excesso de esforços ou contato com animais ou plantas venenosos), todos também com menos de 0,1%.

Tabela 21 - Quantidade de afastamentos e dias afastados por Grupo CID e sexo

CID por grupo	Nº de afastamentos		Nº de dias afastados		Nº de afastamentos	Nº de dias afastados
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Total	Total
A (Doenças Infecciosas)	615	560	1.195	1.163	1.175 5,37%	2.358 2,02%
B (Doenças Infecciosas)	130	94	571	405	224 1,02%	976 0,84%
C (Neoplasmas- tumores)	77	66	2.366	1.654	143 0,65%	4.020 3,44%
D (Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários)	67	62	283	686	129 0,59%	969 0,83%
E (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas)	74	48	278	256	122 0,59%	534 0,59%
F (Transtornos mentais e comportamentais)	1.169	583	14.142	8.676	1.752 8,01%	22.818 19,55%
G (Doenças do sistema nervoso)	325	114	1.787	926	439 2,01%	2.713 2,32%
H (Doenças do olho e anexos e Doenças do ouvido e da apófise mastoide)	610	531	1.985	1.740	1.141 5,22%	3.725 3,19%
I (Doenças do aparelho circulatório)	310	266	1.386	2.511	576 2,63%	3.897 3,34%
J (Doenças do aparelho respiratório)	2.331	1.569	5.332	3.435	3.900 17,84%	8.767 7,51%
K (Doenças do aparelho digestivo)	784	609	2.025	1.900	1.393 6,37%	3.925 3,36%
L (Doenças da pele e do tecido subcutâneo)	316	116	810	347	432 1,98%	1.157 0,99%
M (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo)	1.879	1.320	11.521	8.975	3.199 14,63%	20.469 17,56%
N (Doenças do aparelho geniturinário)	585	214	1.626	950	799 3,65%	2.576 2,21%
O (Gravidez, parto e puerpério)	394	0	3.229	0	394 1,80%	3.229 2,77%
P (Algumas afecções originadas no período perinatal)	2	0	10	0	2 0,01%	10 0,01%
Q (Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas)	12	4	334	4	16 0,07%	338 0,29%
R (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte)	816	422	1.710	802	1.238 5,66%	2.514 2,15%
S (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas)	519	556	5.613	6.323	1.075 4,92%	11.936 10,23%
T (Traumatológicas/ Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas)	94	53	257	185	147 0,67%	442 0,38%
V (Causas externas de morbidade e de mortalidade)	2	4	10	11	6 0,03%	21 0,02%
W (Outras causas externas de traumatismo acidentais)	3	10	7	23	13 0,06%	30 0,03%
X (Excesso de esforços ou contato com animais ou plantas venenosos)	0	2	0	19	2 0,01%	19 0,02%
Y (Efeitos adversos de substâncias psicotrópicas ou drogas ou vacinas, não classificadas em outra parte ou sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade)	6	5	16	13	11 0,05%	29 0,02%
Z (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde)	2.257	1.280	11.333	7.887	3.577 16,18%	19.220 16,47%

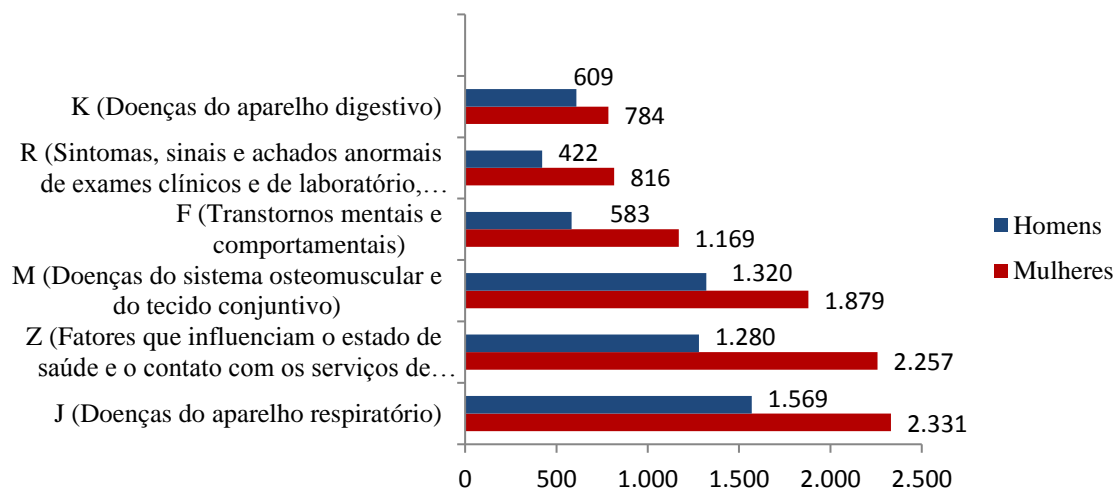
*CID X e CID Y – foram incluídas os detalhamentos dos códigos apresentados na LTS considerando que são categorias em que não há um título que agrupe todas as situações.

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Os afastamentos dos grupos de adoecimentos relacionados ao parto, puerpério e período perinatal representam juntos 1,81% do total de LTS, que se desdobram 3.239 dias, que equivale a 2,78% do total de dias afastados.

É interessante notar também que os únicos grupos em que o número de solicitações de homens é maior do que o de mulheres são: S - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (566 de homens e 519 de mulheres), V - Causas externas de morbidade e de mortalidade (2 de mulheres e 4 de homens) e X - Excesso de esforços ou contato com animais ou plantas venenosos (nenhum de mulheres e 2 de homens).

Gráfico 16 -Principais CID por número de pedidos e sexo



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Ao se desdobrar os afastamentos em números de dias, os grupos com maiores quantidades são:

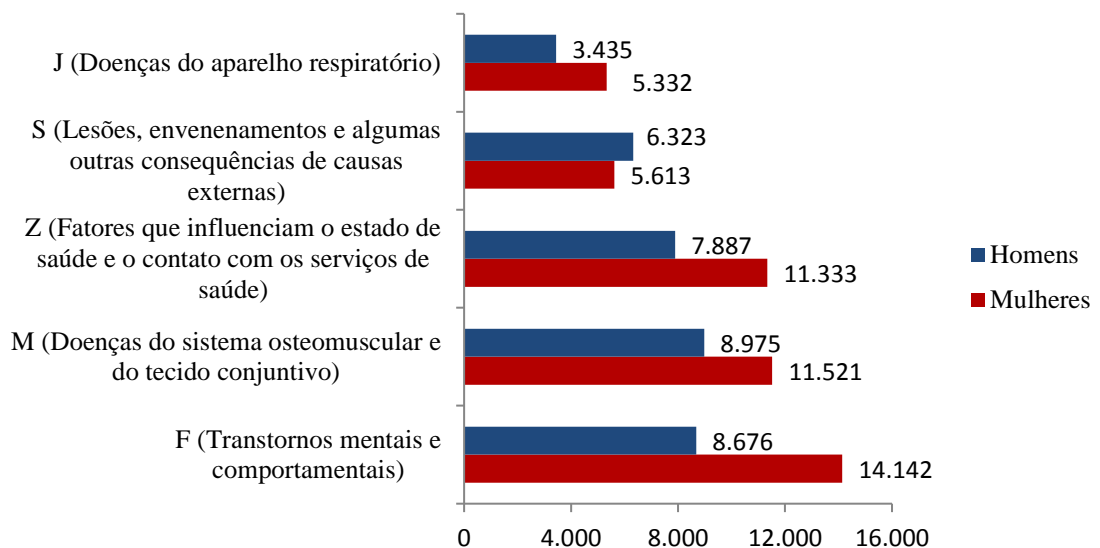
1. CID F - Transtornos mentais e comportamentais com 22.818, sendo 14.142 para mulheres e 8.676 para homens. Em termos percentuais as mulheres contam com 61,9% desse tipo de adoecimento;
2. CID M - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 20.496 dias, 11.521 de mulheres (56,2%) e 8.975 de homens (43,8%);
3. CID Z - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde com 19.220, sendo 11.333 (58,9%) femininos e 7.887 (41,1%) masculinos;

4. CID S - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas com 11.936 dias, divididos entre 5.613 (47%) para mulheres e 6.323 (53%) para homens;

5. CID J - Doenças do aparelho respiratório, com 8.767 dias, sendo 5.332 (60,8%) para mulheres e 3.435 (39,2%) para homens.

Apesar do grupo F ser o quarto maior grupo em quantidade pedidos de afastamentos, representa a maior parte do total de dias afastado. Tal característica revela que o número de dias afastados por servidores, é relativamente alto para esse tipo de adoecimento, quando comparado aos demais grupos. Vale ainda destacar que as mulheres representam a maior parte desses afastamentos.

Gráfico 17 - Principais CID por dias de afastamento e sexo



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Os demais grupos com maior quantidade de dias de afastamento também tem prevalência de afastamentos femininos, com exceção do CID S que os homens apresentam mais dias de afastamentos.

Tempo de serviço por sexo

A variável do tempo de serviço foi calculada a partir dos anos decorridos desde o registro da posse do servidor até a data de pedido do afastamento. Depois foram criadas faixas por tempo de serviço.

Tabela 22 - Quantidade de afastamentos por tempo de CD e sexo

Tempo de serviço	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
0 a 10 anos	4.637	3.040	7.677
11 a 21 anos	4.660	2.539	7.199
22 a 32 anos	3.701	2.500	6.201
33 a 43 anos	379	409	788
Total	13.377	8.488	21.865

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

A maior parte dos pedidos de afastamento foram realizados por servidores que possuem de 0 a 10 anos de CD contados da data do afastamento. Em contrapartida, registros realizados por pessoas que tomaram posse de 33 a 43 anos, caracterizam a categoria minoritária (Tabela 22).

No que se diz respeito ao sexo, é notório que enquanto para mulheres a proporção de pedidos se manteve muito próxima nas faixas de 0 a 10 e de 11 a 21 anos, para os homens esta equivalência se apresenta para as faixas de 11 a 21 e de 22 a 32 anos. Vale ressaltar também, que a única faixa de tempo em que os homens apresentaram maior número de solicitações do que as de mulheres foi a de servidores com 33 a 43 anos de serviço na CD (Tabela 22).

Os resultados indicam que os servidores com 22 a 32 anos de CD são aqueles com maior número de dias ausentes (38.796). É interessante notar também que enquanto para mulheres a faixa de tempo com maior número de dias afastado é a de 11 a 21 anos, para homens, a faixa de 22 a 32 anos é a de maior concentração. Além disso, a única categoria em que o número de dias afastado para os homens foi maior do que para as mulheres, é a faixa dos 22 a 43 anos de serviço na CD (Tabela 23).

Tabela 23 - Quantidade de dias afastados por tempo de CD e sexo

Tempo de serviço	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
0 a 10 anos	20.381	14.090	34.471
11 a 21 anos	23.693	14.750	38.443
22 a 32 anos	21.602	17.194	38.796
33 a 43 anos	2.150	2.859	5.009
Total	67.826	48.893	116.719

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

A Tabela 24 demonstra que a maior média de dias afastados pertence a mulheres que tomaram posse de 33 a 43 anos antes da data de pedido de afastamento, o equivalente a 55,51

dias. Em contrapartida, homens com tempo de serviço de 0 a 10 anos tem menor média, com 22,32 dias afastados por servidor.

Tabela 24 - Descritivas de dias afastados por tempo de CD e sexo

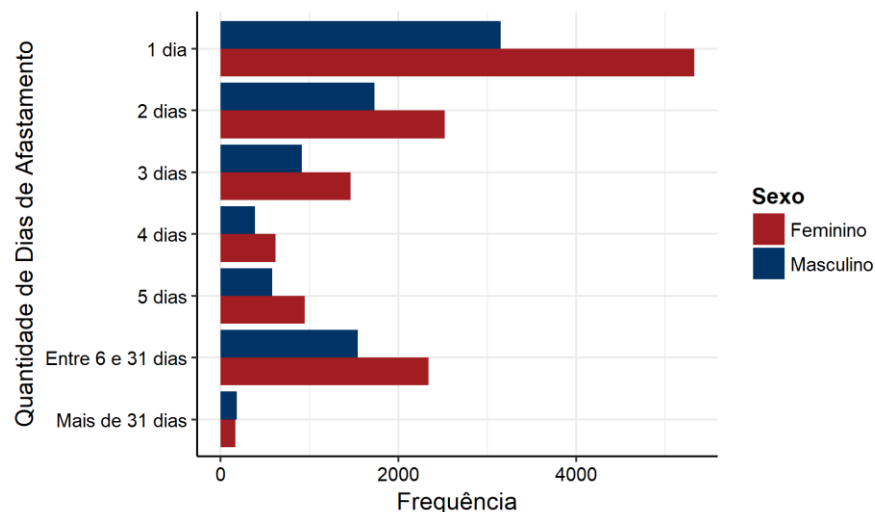
Tempo de serviço	Sexo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
0 a 10 anos	Feminino	39,57	23	50,95	1	398
	Masculino	22,32	10	48,07	1	750
11 a 21 anos	Feminino	46,76	25	69,68	1	761
	Masculino	32,55	12,50	62,71	1	535
22 a 32 anos	Feminino	52,20	22	80,65	1	669
	Masculino	41,32	12	87,57	1	814
33 a 43 anos	Feminino	55,51	16	80,69	1	374
	Masculino	43,83	17	92,12	1	699

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Número de dias do afastamento por sexo

A seguir, os resultados das análises de acordo com duração da LTS, em intervalos de dias de afastamentos por sexo, sendo esses divididos entre 1 dia, 2 dias, 3 dias, 4 dias, 5 dias, entre 6 e 31 dias e mais de 31 dias.

Gráfico 18 - Gráfico de barras referente à quantidade de afastamentos de cada intervalo de dias



Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Tabela 25 - Medidas Descritivas da Quantidade de Afastamentos por Intervalo de Dias

Intervalo de Dias Afastados	1 dia		2 dias		3 dias		4 dias		5 dias		6 a 31 dias		Mais de 31 dias	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Nº de LTS	5.328	3.151	2.521	1.730	1.460	915	618	387	944	580	2.340	1.545	166	180
Média	4,42	2,94	2,61	2,03	1,98	1,58	1,54	1,23	1,77	1,48	2,83	2,23	1,52	1,81

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

A análise do Gráfico 18 e da Tabela 25, permite notar que a maior solicitação absoluta ocorreu por parte das mulheres que solicitaram apenas um dia de afastamento, enquanto a menor quantidade de solicitações ocorreu entre as mulheres que solicitaram mais de 31 dias de afastamento. A maior diferença entre as médias de homens (2,94) e de mulheres também ocorreu nos afastamentos de 1 dia (4,42).

Ao se atentar para a quantidade de dias na Tabela 26, é perceptível que as mulheres, solicitaram mais dias de afastamento que os homens em todos os intervalos, exceto em mais de 31 dias, em que os homens solicitaram 2.171 dias a mais que as mulheres.

Tabela 26 - Quantidade de dias afastados por intervalo de dias e sexo

Intervalo de dias	Feminino	Masculino
1 dia	5.328	3.151
2 dias	5.042	3.460
3 dias	4.380	2.745
4 dias	2.472	1.548
5 dias	4.720	2.900
6 a 31 dias	35.531	22.565
Mais de 31 dias	10.353	12.524

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

3.2 ANÁLISES INFERENCIAIS

A fim de caracterizar o absenteísmo-doença das servidoras efetivas da CD, foi proposta a estimação de parâmetros pelo modelo de regressão múltipla.

Foram realizados agrupamentos do número de solicitações de afastamento por servidor, função comissionada, cargo (analista ou técnico), estado civil, sexo, idade, tipo de lotação, lotação, grupo CID, média de dias afastados, número de classes de dependentes e média de anos após a posse na data em que o afastamento foi solicitado. Desta maneira, o modelo foi construído

de forma que buscasse prever o número de registros de pedidos de afastamentos com base nessas variáveis.

Foram realizados testes de hipóteses e obtidas medidas que buscam avaliar a adequação e existência de relação entre as variáveis para validar o modelo. O p-valor obtido na ANOVA é consideravelmente pequeno, pode-se dizer que a qualquer nível de significância maior do que 0.0001, existem evidências para rejeitar a hipótese de que não existe regressão. Isto é, pelo menos um dos coeficientes medidores do impacto da variável explicativa em relação a variável resposta é diferente de zero.

Uma vez identificado que existe modelo de regressão, busca-se avaliar a adequação do modelo estimado. A fim de encontrar um modelo com os parâmetros que resultassem na melhor estimativa da variável resposta, foi feito um reajuste no modelo inicial (R^2_{ajustado} de 0,08). Ao invés de utilizar a variável referente ao número de registros de afastamento, foi empregado o logaritmo dos respectivos valores resultantes.

Após a realização de ANOVA com p-valor $<0,0001$, o melhor modelo estimado (que busca prever o número de solicitações de afastamento registradas para cada agrupamento de variáveis explicativas disponíveis) teve um coeficiente de R^2_{ajustado} de 0,09. Valor que indica um baixo poder preditivo, com apenas 9% da taxa de absenteísmo sendo explicada pelas variações dos grupos registrados.

Afim de validar as estimativas dos parâmetros encontradas, foi testado se os pressupostos da análise de regressão são atendidos pelo modelo ajustado pelo logaritmo da variável resposta (aquele que o melhor resultado do coeficiente de determinação ajustado). Com base nas análises realizadas, concluí-se que apenas o pressuposto de não multicolinearidade das variáveis explicativas é atendido. Pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, Breush-Pagan e Durbin-Watson foram encontradas evidências para rejeitar as hipóteses de normalidade, homoscedasticidade e não correlação dos resíduos do modelo, respectivamente.

O fato do modelo não atender aos referidos pressupostos pode esclarecer o baixo valor do R^2_{ajustado} (que aponta a fraca qualidade da predição) e a dificuldade de explicar o comportamento do absenteísmo na Câmara dos Deputados entre o período de 2015 a 2017 utilizando um modelo de regressão múltipla com base nas variáveis explicativas fornecidas para o estudo.

A partir desses resultados optou-se por incluir novas análises, com o objetivo de comparar o perfil de absenteísmo entre servidoras e servidores e saber se há diferença entre a quantidade de

dias de afastamento entre homens e mulheres. Foi realizado um teste de hipótese, primeiramente foi avaliado se a variável “total de dias afastados por servidor” apresentava uma distribuição normal, para tal foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, que obteve um p-valor menor do que 0,0001 e, visto que o valor é inferior ao nível de significância de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, a quantidade de dias afastados não possui distribuição normal.

Sendo assim, foi realizado o teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney para analisar se há diferença para as médias de dias afastados por servidores e servidoras. Pôde-se inferir que há diferença estatística (nível de significância igual a 0,05), demonstrando que há diferença significativa entre a média de dias afastados entre homens e mulheres (Tabela 27).

Tabela 27 - Resultado referente ao Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney

Variável	Estatística	P-valor
Total de dias afastados	1.327.700	<0,0001

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

A fim de comparar a quantidade média de afastamentos (LTS) por sexo, também foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, que obteve um p-valor menor do que 0,0001, que indica que o número de afastamentos não segue uma distribuição normal.

Em seguida, foi realizado o teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney para avaliar se há diferença para o número médio de afastamentos entre homens e mulheres, com o resultado pôde-se inferir que houve diferença significativa entre o número médio de afastamentos de cada sexo, tendo as servidoras uma média maior do que os servidores (Tabela 28).

Tabela 28 - Resultado referente ao Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney

Variável	Estatística	P-valor
Nº de afastamentos	1.409.300	<0,0001

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

De modo a permitir avaliar os afastamentos por diferentes tipos de lotação, Política-Legislativa, Legislativa e Administrativa, para tal foi analisada a quantidade média de dias que cada servidor se afastou. A quantidade média de dias afastados foi a mesma e portanto já se verificou que não possui distribuição normal.

Dessa forma, foi selecionado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para avaliar se há diferença na média de dias de afastamento de diferentes lotações. Pôde-se inferir que não houve diferença significativa entre eles (0,7656 encontrado é superior a 0,05), sendo assim, o

tempo médio que os servidores das áreas Administrativa, Legislativa e Política-Legislativa ficaram afastados são iguais (Tabela 29).

Tabela 29 - Resultado referente ao Teste de Kruskall-Wallis

Variável	Estatística	P-valor
Dias afastados	0,53408	0,7656

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

Também foi analisado o número médio de LTS de servidores de cada lotação, já se sabe que o número de afastamentos por servidor não possui distribuição normal.

Ao verificar por meio do teste de Kruskall-Wallis se há diferença no número médio de afastamentos entre as lotações, pôde-se inferir que também não houve diferença significativa entre os três grupos, portanto, a quantidade média de registros de afastamentos é análoga aos três grupos de lotação (Tabela 30).

Tabela 30 - Resultado referente ao Teste de Kruskall-Wallis

Variável	Estatística	P-valor
Nº de afastamentos	2,9416	0,2297

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa.

A realização dos testes não paramétricos de hipóteses contribuiu para a comparação dos afastamentos entre homens e mulheres e também entre servidores dos diferentes tipos de lotações.

4 DISCUSSÃO

O presente trabalho se propôs a caracterizar o absenteísmo-doença das servidoras efetivas da CD. Pode-se verificar que, na CD, as servidoras se afastaram mais do trabalho por conta do absenteísmo-doença, o que é consistente com os achados de estudos brasileiros anteriores realizados no âmbito do serviço público (REIS *et al.*, 2003; MARTINS *et al.*, 2005; ANDRADE, *et al.*, 2008; SALA *et al.*, 2009; CUNHA, BLANK; BOING, 2009; ARAÚJO, 2012; LE CAMPION; MELO; MONTEIRO, 2013; CAPELARI, 2013; BATISTA, 2014; LEÃO *et al.*, 2015; MARQUES *et al.*, 2015; VALE *et al.*, 2015; AZEVEDO, 2015; KNUST, 2017).

Também há alinhamento com estudos internacionais realizados com trabalhadores de diferentes ramos (MENTEZEREMANN, 1953; FITZGIBBONS; MOCH, 1980; MARKHAM, DANSERE; ALLUTO, 1982; LEIGH, 1983 *apud* SCOTT; MABES, 1984; KIVIMAKI *et al.*, 1997; VISTNES, 1997; MASTEKAASA; OLSEN, 1998; MASTEKAASA, 2000; NAUTA, 2006 *apud* PATTON; JOHNS, 2007; ICHINO; MORETTI, 2006; SCOTT; MCCLELLAN, 1990; VANDENHEUVEL; WOODEN, 1995).

Na CD, quando avaliados os três anos (2015 a 2017) é possível observar que essa diferença é significativa, uma vez que as mulheres apresentaram aproximadamente o dobro de solicitações de servidores do sexo masculino, a média de afastamentos entre as mulheres é de 9,67 e entre os homens é de 5,62.

Quando desdobrados os afastamentos em número de dias, essa diferença representa 16,22% a mais para as mulheres. Vale destacar que a média entre as mulheres foi de 49,07 dias e para os homens foi de 32,42 dias, uma diferença de 16,65 dias. Resultados diferentes foram encontrados em Andrade *et al.* (2008), que verificou que ambos os sexos se ausentaram por número de dias semelhantes e Sala *et al.* (2009) que apesar das mulheres terem mais episódios de LTS, as médias de dias de licença eram razoavelmente maiores entre homens.

O baixo poder preditivo do modelo de regressão múltipla, com apenas 9% da taxa de absenteísmo sendo explicada pelas variações dos grupos registrados, indica que outros fatores contribuem na explicação desse fenômeno. Contudo, por meio do teste não paramétrico foi possível confirmar que há diferença estatística significativa entre a média de dias afastados entre homens e mulheres e também que houve diferença significativa entre o número médio de afastamentos de cada sexo, tendo as servidoras uma média maior do que os servidores.

Dessa forma foi possível concluir que há diferença de AD entre homens e mulheres na Câmara dos Deputados, sendo que as mulheres são mais suscetíveis a se ausentarem do trabalho por motivo de LTS. Ao se comparar o perfil desse absenteísmo entre servidoras e servidores, verifica-se maior número de solicitações femininas e com mais dias de afastamentos.

Conforme destacam Scott e Mabes (1984) compreender que o absenteísmo difere entre homens e mulheres requer das organizações diferentes estratégias para lidar com a questão. Uma vez que ao elaborar programas e políticas há que se considerar as questões de gênero. Quando se tratam todos da mesma forma, especificidades como essas são desconsideradas, o que tende a refletir em comportamentos e desempenhos diferentes. Reforça-se dessa forma, os estereótipos negativos de gênero.

As diferenças biológicas entre os sexos devem ser consideradas, contudo não se mostram suficientes para a compreensão desse padrão de AD de homens e de mulheres. Assim como pontuado em Perlin (2006) a construção social e histórica dos papéis e características esperados em cada sexo parece ter implicações práticas sob esse fenômeno.

O recorte temporal selecionado para o estudo, considerando a implantação do registro biométrico de frequência, mostrou-se relevante, pois houve oscilação entre o quantitativo de afastamentos entre os diferentes anos, sendo que 2016 foram registradas mais ocorrências. Vale mencionar que a vigência do ponto foi a partir do dia 06/06/2015, dessa forma é possível que até essa data no ano de 2015 houvesse maior risco de subnotificação de afastamentos, principalmente os de curta duração. Destaca-se que dos 6.852 registros de 2015, 4.696 foram realizadas após a implementação da nova modalidade de controle de frequência.

Knust (2017) avalia que adoção do ponto eletrônico na CD - sem planejamento adequado e sem a participação dos servidores - teve o efeito inverso, que foi o de resultar em maior número de afastamentos do trabalho, principalmente ao se considerarem as dificuldades para se adaptar à rotina pessoal e à organização do trabalho.

Fonseca e Carlotto (2011) também verificaram essa tendência entre servidores do Judiciário. Houve uma alteração do horário de trabalho, que anteriormente era concentrado em um turno, mas passou a ser realizado em dois turnos: manhã e tarde. Gerando desajustes na rotina pessoal, familiar e gastos com deslocamentos e refeições que antes não existiam.

Tem sido encontrada relação entre a satisfação no trabalho e o estado emocional do indivíduo, sendo este aspecto evidenciado em estudo realizado por Martinez, Paraguay e Latorre

(2004) *apud* Fonseca e Carlotto (2011). Nesse sentido, eventuais mudanças na distribuição das horas de trabalho impactam na insatisfação e no estresse, o que pode ter relação com o aumento do absenteísmo-doença.

Outro dado que contribui para a análise da ampliação dos afastamentos foi que Knust (2017) ao estudar as LTS de servidores efetivos da CD, registrou 15.424 ocorrências, entre 01/05/2013 a 30/04/2016, sendo que 12.851 para tratamento da própria saúde e outros 2.573 por motivo de doença em pessoa da família. Ao se considerar que se trata também de um período de três anos iniciado antes do registro biométrico e que se sobrepõe parcialmente ao período selecionado para o presente estudo, fica evidente a ampliação das solicitações, pois de 2015 a 2017 ocorrem 21.865 pedidos de afastamentos.

Diferente de Cunha, Blank e Boing (2009) que observaram uma tendência de decréscimo nas taxas de afastamento por motivo de doença, concomitantemente ao aumento na média de dias de afastamento por LTS, na CD houve um aumento do número de licenças entre 2015 e 2016, com redução em 2017. Em termos de dias de afastamento o ano de 2017 foi o que apresentou maior redução. Dessa forma, mostrou-se válido realizar uma análise anual dos dados de modo a se acompanhar a tendência na população analisada, sendo que o ideal é que seja relacionado o número de LTS com a duração dessas licenças (em dias).

Ao se levar em conta outras características pessoais dos servidores da CD que se afastaram por motivo de absenteísmo-doença, verifica-se que há maior ocorrência, em ambos os sexos e em todos os anos juntos, de pessoas casadas. Ao se pensar que, no cotidiano, há grande semelhança na rotina de pessoas casadas ou que estão em uma união estável, esse quantitativo aumenta. Por outro lado, há menos registros de afastamentos entre desquitados, viúvos, separados judicialmente e consensualmente. Em Cunha, Blank e Boing (2009) também houve prevalência de casados, e em sua pesquisa Leão *et al.* (2015) encontraram predominância entre servidores que tinham companheiro (a).

Pode-se perceber que as mulheres casadas são as que mais solicitam afastamentos, seguidas pelos homens casados, entre esses grupos o número médio de pedidos de afastamentos entre as mulheres foi de 9,76, que é quase o dobro do que dos homens (5,14), o que representa uma diferença de 4,62 LTS a mais entre as mulheres. No caso das pessoas em união estável, a diferença é maior ainda, pois mulheres têm média de 10,22 e homens de 4,77, sendo, portanto de

5,45 pedidos a mais de afastamento entre as mulheres. Entre os solteiros e divorciados essa diferença é menor, sendo de 2,11 e 2,30, respectivamente.

Também a média de dias afastados por mulheres foi superior à dos homens, 50,59 dias para as das mulheres casadas e 30,57 dias para homens casados. Essa diferença é superior entre pessoas em união estável, sendo de 60,47 dias para as mulheres e de 24,04 dias para os homens da mesma categoria.

Essa discrepância entre homens e mulheres pertencentes à mesma categoria de estado civil pode ter relação com aspectos de gênero. Patton e Jonhs (2007) apontam se não haveria uma cultura de se aceitar melhor afastamentos das mulheres e até esperar que elas se afastem mais. Isso se justificaria por reforçar o estereótipo da fragilidade feminina, ou por ser algo mais esperado dentro do impacto negativo do acúmulo de papéis da mulher (trabalho fora de casa e doméstico) ou mesmo por reforçar o papel de obrigação familiar atribuído às mulheres.

Outro fator que pode contribuir é o fato de que as mulheres dedicam mais tempo aos cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos (IBGE, 2018). Revendo Araújo *et al.* (2006) a dupla jornada pode ter diversos impactos negativos na saúde, prejudicando aspectos físicos, psicológicos, comprometer o descanso, o lazer e o autocuidado. Isso se evidenciou ao apresentar estudos que demonstraram que o retorno para casa depois da jornada de trabalho não teve impacto sobre a redução de estresse feminino, considerando que continuavam trabalhando e em muitos casos com atividades que envolvem elevado desgaste físico.

Assim como já apontado em Barata (2009) a condição de gênero parece ter efeito independente das demais variáveis, uma vez que mesmo controlando os efeitos das diferenças entre estado civil, as mulheres apresentam, proporcionalmente, mais queixas em relação a sua própria saúde quando comparadas aos homens.

Em relação ao número de classe de dependentes houve predominância de afastamentos, em ambos os sexos, entre os que possuem uma classe. Isto é, servidores que possuem um dependente de uma das categorias a seguir: filho até 21 anos, filho estudante até 25 anos, enteado até 21 anos, enteado estudante até 25 anos, filho inválido, filho adotivo até 21 anos, guarda e responsabilidade, menor sob tutela ou neto. Uma limitação dessa variável é por não ser possível incluir os filhos maiores de 21 anos que não são estudantes ou maiores de 25 anos, mas que na prática ainda são dependentes financeiramente e emocionalmente dos pais por continuarem vivendo com eles. Também não foi possível avaliar se a idade dos filhos tem impacto sobre o

maior afastamento dos pais. Contudo é possível concluir que servidores com dependentes se afastam mais por AD.

Ao se comparar as respectivas médias de dias por sexo entre os servidores das mesmas categorias, destacam-se as médias entre as mulheres com uma classe de dependente é muito superior a dos homens, sendo 51,11 dias para elas e 29,09 dias para eles. Também entre os servidores com duas classes de dependentes a média feminina é muito superior, sendo 58,73 dias enquanto para os homens é de 21,91 dias.

Assim como na variável estado civil, o número de classe de dependentes tem relação com o volume de atividades de cuidado doméstico e familiar que essas pessoas realizam na dupla jornada. Nesse sentido, ainda que se avalie a tendência dentro das mesmas categorias, ou seja, situações de vida similares quanto ao número de classe de dependentes, as mulheres tendem a ter mais prejuízos em sua própria saúde, se afastando mais do trabalho. Tal resultado aponta para a necessidade de políticas familiarmente responsáveis nas instituições, já que as mulheres, como mostram os dados, continuam sendo as principais responsáveis pelo cuidado da saúde dos dependentes.

A variável faixa etária teve prevalência em ambos os sexos para servidores com a idade entre 49 a 60 anos. Ser homem ou mulher parece não ter influência sobre a idade na data do afastamento. Em todas as faixas as mulheres solicitaram mais afastamentos e isso também ocorreu ao se desdobrar em número de dias afastados, com exceção da faixa de 61 a 72 anos, em que os homens se afastaram mais que as mulheres. Há que refletir que homens e mulheres se submetem a diferentes regras previdenciárias, portanto as mulheres adquirem o direito à aposentadoria com menos idade e menor tempo de contribuição. Em relação a essa variável também é preciso que se considerem os aspectos relacionados ao processo de envelhecimento humano, que segundo Cunha, Blank e Boing (2009) pode mudar o perfil do AD, pois podem interferir nas alterações dos agravos e aumentar a duração dos episódios de adoecimentos. Ainda, deve-se considerar a questão da diferença de gênero com o cuidado da saúde. Mulheres são mais adeptas de comportamentos preventivos, enquanto homens não. Isso pode refletir em maiores problemas de saúde conforme a idade avança.

Nos resultados de Andrade *et al.* (2008) também não se verificou associação significativa entre faixa etária e licenças médicas. É difícil comparar os resultados do presente estudo aos já realizados, devido à delimitação de faixas etárias serem diferentes, contudo há sobreposição com

as faixas encontradas em Cunha, Blank e Boing (2009), Le Campion, Melo e Monteiro (2013), Capelari (2013), Batista (2014), Marques *et al.* (2015), Leão *et al.* (2015) e Knust (2017).

Em relação à variável ocupação de função comissionada, na população estudada houve prevalência de afastamentos entre servidores que não possuem FC, tanto entre homens como entre as mulheres. Ser de determinado sexo não alterou de forma significativa o comportamento de solicitar afastamentos. Considerando que a ocupação de FC envolve trabalhos com mais responsabilidades, maior hierarquia e gerenciamento de equipes, há que se avaliar em que medida esses servidores que ocupam essas FC se permitem se afastar do trabalho em casos de adoecimento. Nesse público pode ocorrer maior incidência de presenteísmo, uma vez que a LTS compromete o andamento das atividades e a depender do cargo, envolve maior exposição da pessoa.

Quanto à prevalência por cargo, os “Analistas Legislativos” apresentaram mais afastamentos. Em ambos os níveis, a maior parte dos pedidos foi feita por mulheres, contudo ao se calcular, a proporção por sexo se mantém. Ainda que tenham mais afastamentos, ao se desdobrar em número de dias há muita proximidade entre AL e TL. Ainda que seja um requisito para ingresso, observa-se na prática que, com exceção de cargos que requerem formação específica e tem lotação previamente definida, é difícil distinguir as atividades de AL/TL.

O tipo de lotação com o maior número de solicitações é o Administrativo, mesmo resultado obtido em Martins *et al.* (2005). Para todos os tipos de lotação, as mulheres representam a maior parte dos pedidos. No detalhamento em número de dias chama atenção o fato de mulheres da área Legislativa tem aproximadamente o dobro de dias afastados do que homens dessa mesma área. No caso das áreas Administrativa e Política-Legislativa essa diferença é bem menor.

Os trabalhos realizados na área Legislativa, em muitos casos, tem uma organização de jornadas e ritmos peculiar, na medida em que há necessidade de se acompanhar o andamento das atividades legislativas, a exemplo da duração das sessões do Plenário e Comissões, o que pode acarretar em extensão da jornada diária de trabalho e imprevisibilidade do término. No caso de mulheres que trabalham nessas áreas são comuns os relatos da dificuldade em se conciliar as atividades profissionais com obrigações familiares e domésticas, há uma cobrança por sua presença em casa, e mais uma vez pesam as escolhas pessoais e profissionais, bem como a culpa e sobrecarga nesse processo.

Assim como apontado por Perlin e Diniz (2016) a organização do trabalho foi pensada por homens e cabe às mulheres se adaptar a esse padrão. E isso também se reflete na menor participação política das mulheres.

Vale destacar que no presente estudo não foi calculada a proporção de servidores lotados em cada área, dessa forma, ainda que mais servidores da área administrativa tenham solicitados LTS, foi necessária a realização de testes de hipóteses para avaliar os afastamentos por lotação. Os resultados não identificaram diferenças significativas no tempo médio nas diferentes áreas e a quantidade média de registros de afastamentos que é análoga aos três grupos de locação. Dessa forma, o objetivo específico de mapear os afastamentos por áreas de trabalho indica que não há diferença nos afastamentos de acordo com o tipo de lotação.

Vale mencionar que a tentativa de se classificar os departamentos por área apresenta limitações, uma vez que a especificidade das tarefas pode dificultar o agrupamento. Também foi difícil realizar uma comparação com estudos anteriores que consideraram a natureza do trabalho e a organização das atividades, pois apresentaram muitas diferenças, a exemplo de estudos em segmentos específicos como saúde e educação.

A maior parte dos pedidos de afastamento foram realizados por servidores que possuem de 0 a 10 anos de CD a contar da data do afastamento, mas em número de dias há mais afastamentos dos servidores com 22 a 32 anos de CD. As mulheres têm mais pedidos e dias de afastamento em todas as faixas, com exceção dos 33 a 43 anos que tem maior prevalência masculina. A faixa etária até 10 anos também foi encontrada em Leão *et al.* (2015) e contém a faixa com mais afastamentos encontrada em Andrade *et al.* (2008), que foi de cinco anos de trabalho.

O absenteísmo-doença está presente desde o ingresso do servidor até seu desligamento por aposentadoria, comprometendo sua capacidade laborativa, também aumenta o risco de recorrência de episódios de adoecimento, aposentadorias por invalidez e mortalidade. O concurso público muitas vezes atrai candidatos em idade adulta, e isso dificulta a distinção dos efeitos da idade daqueles decorrentes do tempo de serviço (LEÃO *et al.*, 2015). Considerando esses fatores é preciso aprofundar a análise dos dados dessa variável, uma vez que podem fornecer importantes subsídios para se trabalhar a saúde do servidor nos diferentes momentos de vida, considerando também a tendência de ampliação do número de anos até a aposentadoria.

Assim ao se buscar o objetivo específico de verificar a correlação de licenças médicas entre os servidores segundo as variáveis profissionais e pessoais, pode-se definir que o perfil de servidores que mais se afastaram do trabalho por motivo de absenteísmo-doença na CD nos anos de 2015 a 2017, é composto por mulheres, casadas, com uma classe de dependentes, entre 49 a 60 anos, do cargo de AL, lotadas na área Administrativa, que não ocupam FC e que tinham de 0 a 10 anos de CD na data do afastamento.

Em relação ao número de dias do afastamento a maior parte é de apenas um dia, tanto para homens como para mulheres, também Martins *et al.* (2005) obteve esse mesmo resultado. Prevalecem os afastamentos entre as mulheres em todas as faixas de duração da LTS. Quando desdobrados em números de dias, as mulheres têm mais dias em todas as categorias, exceto em LTS de mais de 31 dias, faixa em que os homens se afastam mais dias.

Cunha, Blank e Boing (2009) e Carvalho (2010) verificaram mais licenças de até 15 e 5 dias respectivamente. No presente estudo ao somar todas as licenças até 5 dias elas representam 80,6% dos pedidos de afastamentos. Reis *et al.* (2003) aponta que esse padrão de afastamento pode contribuir para compreensão dos afastamentos e aspectos organizacionais. Assim como Martins *et al.* (2005) mencionou, afastamentos de curta duração tendem a ser para fins de exames complementares ou procedimentos médicos ou mesmo uma forma de se afastar do trabalho.

O Ato da Mesa nº 24/2015 que regulamenta o controle de ponto biométrico na CD prevê que o servidor poderá ter abono de no máximo três horas diárias e seis semanais por motivo de comparecimento a consulta, exame ou tratamentos de saúde própria ou do cônjuge, companheiro, parentes de primeiro grau ou menor sob guarda (BRASIL, 2015). Contudo nos procedimentos que demandem mais tempo em um mesmo dia irão requerer que o servidor faça uma compensação das horas não cobertas. Dessa forma, há uma tendência que o servidor opte por fazer jus a um afastamento de um dia completo, o que impacta no número de solicitações de um dia. Considerando que mulheres procuram mais serviços de saúde (BARATA, 2009), é possível que essa característica tenha contribuído no quantitativo entre as mulheres.

Licenças de curto prazo 1 a 5 dias, conforme Leão *et al.* (2015) podem estar relacionadas a atestados de doenças infecciosas e respiratórias, que em seu estudo foram de até sete dias. As doenças do aparelho respiratório corresponderam a quinta maior causa de afastamentos na CD.

O total de dias para as licenças de até 5 dias para ambos os sexos é de 35.746 e para os afastamentos a partir de 6 dias é de 80.973. Nesse sentido, Quick e Lapertosa (1982), consideram

que um menor número de ausências com maior número de dias perdidos tende a indicar uma doença real. No caso de licenças de maior duração o servidor é submetido a uma perícia médica, que visa confirmar a necessidade do afastamento de acordo com a complexidade do adoecimento. Leão *et al.* (2015) observou que transtornos mentais, neoplasia, doenças metabólicas e neurológicas apresentaram os maiores valores com licenças acima de 30 dias.

Ao se buscar avaliar o objetivo específico do estudo de identificar o perfil epidemiológico segundo a CID-10 e os respectivos períodos de afastamento, também é possível comparar se homens e mulheres se abstêm do trabalho por diferentes motivos de saúde.

As três principais causas de afastamentos entre os servidores da CD homens e mulheres são: as doenças do aparelho respiratório, seguido pelos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde e pelas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Esses resultados tem alinhamento com diversos estudos realizados junto aos servidores públicos brasileiros (REIS *et al.*, 2003; ANDRADE *et al.*, 2008; CARVALHO, 2010; ARAÚJO, 2012; LE CAMPION; MELO; MONTEIRO, 2013; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; VALE *et al.*, 2015; SALA *et al.*, 2009; MARTINS *et al.*, 2005; COSTA; FERREIRA; BURNIER, 2013; BATISTA, 2014; LEÃO *et al.*, 2015; MARQUES *et al.*, 2015; AZEVEDO, 2015). Quando separados por sexo, as mulheres mantêm essa mesma distribuição nos três principais tipos de adoecimento, já entre os homens as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo vem antes dos afastamentos relacionados ao contato com os serviços de saúde.

As mulheres têm mais registros que os homens na grande maioria dos grupos de doenças, contudo, assim como Leão *et al.* (2015), os homens apresentaram mais afastamentos apenas por lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. Barata (2009) aponta que fatores ligados aos papéis de gênero fazem com que homens se envolvam em atividades e tenham mais comportamentos de risco.

Ademais, ao se tratar dos aspectos biológicos das diferenças entre homens e mulheres, muitas pessoas acreditam que as doenças relacionadas à maternidade impactam nos afastamentos das mulheres. Contudo ao se considerar essas especificidades pode-se notar que os grupos CID exclusivos de mulheres – e que são relacionados à gravidez, parto e puerpério ou algumas afecções originadas no período perinatal - representam apenas 2,78% do total de dias afastados, o que é considerado pouco expressivo e relevante nos custos envolvidos na contratação de mulheres.

Ao se desdobrar os afastamentos em números de dias, os grupos com maiores quantidades, em ordem decrescente foram: os transtornos mentais e comportamentais; as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; os fatores que influenciam o estado de saúde; o contato com os serviços de saúde e as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas e doenças respiratórias. Contudo, ao separar por sexo, as mulheres tiveram em primeiro lugar os transtornos mentais, e em seguida as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, para os homens foi obtida uma relação inversa.

Em Pastre (2006) ao se comparar homens e mulheres que ocupam as mesmas funções, os sintomas osteomusculares apareceram primeiramente entre as mulheres, contudo na população da CD, ainda que adoecimentos dessa natureza afetem majoritariamente as mulheres, essa tipologia mostrou-se causa relevante de afastamentos masculinos.

As principais causas de AD na CD seguiram a tendência prevista por Wunsch Filho (2003) de mudanças no perfil epidemiológico dos trabalhadores brasileiros uma vez que os transtornos mentais e comportamentais já são a causa mais relevante.

Os transtornos mentais e comportamentais também foram relevantes em diversos estudos brasileiros (SALA *et al.*, 2009; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; CARVALHO, 2010; ARAÚJO, 2012; LE CAMPION; MELO; MONTEIRO, 2013; COSTA; FERREIRA; BURNIER, 2013; LEÃO *et al.*, 2015; MARQUES *et al.*, 2015; VALE *et al.*, 2015; AZEVEDO, 2015). Destaca-se que na CD, essas doenças causaram o maior afastamento do trabalho em dias e para ambos os sexos.

Devido às características das questões de saúde mental, o quantitativo serve de alerta e indica a necessidade de se pensar estratégias para tratar esse tema. Geralmente, são afastamentos de maior duração com uso de medicamentos e que requerem que um acompanhamento do servidor durante seu tratamento, ao retornar às atividades laborativas e depois desse período, de modo a melhorar as chances de recuperação. Vale mencionar que, em muitos casos, esses adoecimentos ocorrem de forma gradual, com a manifestação de sintomas. Dessa forma, conhecer e identificar de forma precoce os sinais de adoecimentos dessa natureza pode contribuir para efetividade do tratamento e prevenção do seu agravamento.

Por serem de mais fácil definição e identificação, em alguns casos, considerarem-se os afastamentos do trabalho como problemas físicos, mesmo que envolvam questões de saúde mental. Dessa forma, ainda que apresentem alta prevalência entre a população trabalhadora,

transtornos mentais e comportamentais, com frequência, não são reconhecidos nesse grupo no momento da avaliação clínica. Isso ocorre devido às próprias características dos distúrbios psíquicos, que em geral, são mascarados por sintomas físicos, e também devido à complexidade de delimitar uma claramente a associação entre tais distúrbios e o trabalho (GLINA *et al.*, 2001 *apud* FONSECA; CARLOTTO, 2011).

Há que se avaliar se no caso dos homens esse diagnóstico tende a ser ainda mais complexo, considerando os estereótipos de gênero em que prevalece o orgulho pela invulnerabilidade. A doença mental é vista como sinal de fraqueza e para os homens é mais difícil admitir que estão doentes. Eles também têm mais dificuldade em procurar serviços de saúde e relatar os sintomas, aspectos essenciais ao diagnóstico de problemas relacionados à saúde mental.

Conforme destacou Rodhen (2001) prevalecia no discurso médico do século XIX, o que ainda é muito recente, a crença de que as mulheres simplesmente por serem mulheres teriam maior tendência à ocorrência de doenças mentais. Dessa forma, o adoecimento das mulheres por essas razões já são mais esperados e aceitos, o que facilita a busca serviços de apoio e tratamento.

O quantitativo é significativo em relação aos outros grupos de doenças. No caso das mulheres a situação é ainda mais relevante, na medida em que apresentaram o dobro de licenças em relação aos homens, e em número de dias, isso se reflete em 61,9% do total de dias afastados do trabalho por esse grupo da CID.

Tratar as questões de gênero e saúde mental não se limita a pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou então em tendências individuais de mulheres para crises e depressões. Primeiramente, é preciso contextualizar e conhecer a rotina e estrutura vivida por essas mulheres, o apoio que possuem para resolver as questões práticas da vida, dar visibilidade e reconhecimento quando há sobrecarga das responsabilidades assumidas, e que muitas vezes se sobrepõe às forças de qualquer pessoa (BRASIL, 2004).

As questões de gênero precisam ser consideradas nos atendimentos de saúde mental, a fim de que as mulheres tenham um atendimento mais justo, humano, eficiente e eficaz, em que sejam consideradas como seres integrais, que ocupam diferentes papéis sociais nos contextos de vida e trabalho. Para tal, é necessário que os profissionais que atendem esses grupos sejam formados levando em conta esses aspectos (BRASIL, 2004).

A análise do absenteísmo-doença deve buscar dar atenção ao nexo de causalidade do adoecimento com o trabalho. É preciso considerar que diversos fatores que estão envolvidos ausências dos trabalhadores. O entendimento firmado pelo modelo médico, de que cada doença é resultante da ação de agentes específicos, dificulta a compreensão da complexa relação entre trabalho e adoecimento, assim algumas doenças são consideradas gerais e colocadas fora do trabalho, e outras são relacionadas ao trabalho, contudo ficam restritas aos riscos físicos, químicos, biológicos ou mecânicos (LAURELL; NORIEGA, 1989 *apud* FONSECA; CARLOTTO, 2011).

Quando se tratam de doenças relacionadas ao trabalho é preciso estar atento à própria organização do trabalho, que inclui diversas características, tais como: jornada de trabalho, turnos, hierarquias, divisão e fragmentação do trabalho, mecanismos de controle, entre outros. A inter-relação e interdependência entre os diferentes fatores que compõe a organização do trabalho expõem os trabalhadores a desgastes de saúde, contudo nem sempre é possível estabelecer o nexo causal entre o trabalho e o adoecimento. Também é difícil separar a influência do espaço de vida social e do espaço laboral (SALA *et al.*, 2009).

Por meio do estudo do absenteísmo-doença nas organizações pode-se verificar que há na literatura diferentes índices e critérios para se medir os afastamentos dessa natureza, sendo assim não é possível se realizar comparações genéricas que podem mascar problemas sociais e organizacionais (BERNSTORFF; DAL ROSSO, 2008).

A adoção de indicadores de absenteísmo-doença mostra-se útil, uma vez que são parâmetros internacionalmente aceitos para mensurar os afastamentos, acompanhar variações ao longo de um período, bem como a comparação dos resultados (SALA *et al.*, 2009). Uma análise dos indicadores, associada ao perfil dos afastamentos, traz informações sobre a situação epidemiológica e também acerca das condições de trabalho. Esses dados podem fomentar o planejamento de ações em saúde e acompanhamento de sua efetividade ao longo do tempo.

Cada organização trata o tema de uma forma, em algumas os dados são sigilosos por serem considerados estratégicos (BERNSTORFF; DAL ROSSO, 2008). Ainda que pese a importância de se manter o sigilo das informações pessoais de servidores por questões éticas, no presente estudo, a concentração desses dados em posse de uma única unidade administrativa foi um obstáculo, devido à dificuldade de apenas um servidor deter a credencial de acesso aos sistemas e a complexidade na emissão dos relatórios. Vale destacar que houve apoio da Alta

Administração à realização da pesquisa, se tratando de uma limitação técnica e operacional. Na prática, esses aspectos de sigilo e operacionais impedem que unidades que realizam atividades relacionadas à saúde e qualidade de vida do servidor tenham conhecimento do perfil de afastamentos, o que compromete a definição de políticas, ações e diretrizes.

Nas organizações de forma geral e principalmente na Administração Pública há uma preocupação com os custos relacionados ao absenteísmo-doença, contudo há que se observar esse fenômeno de forma mais abrangente. É preciso considerar que as pessoas estão adoecendo e em muitos casos, por fatores que podem ser propostas ações de prevenção. Um dos papéis dos gestores é o de monitorar esses indicadores e ter o compromisso de investigar os modelos de organização do trabalho e seu impacto na saúde dos servidores. A falta de conhecimento de como e porquê adoecem os servidores tende a retroalimentar o processo de adoecimento (CUNHA; BLANK; BOING, 2009).

Há uma ideia do servidor público como grupo privilegiado, que trabalha pouco e ganha muito, com decorrente desprestígio social. No caso dos servidores da CD ainda pesam os aspectos relacionados à visão negativa da sociedade sobre a atuação política dos parlamentares, dessa forma os servidores mesmo não tendo relação direta com essa atuação parlamentar sofrem com essa imagem depreciativa. Ademais, grande parte dos postos de trabalho na CD envolvem trabalhos de alta complexidade e especificidade, com previsão de remuneração compatível com essas exigências, dessa forma desde o ingresso por meio de concurso público há uma cobrança por competências relacionadas a esse trabalho e desempenho compatível com as necessidades da Casa.

A esse cenário, soma-se que há na atual sociedade uma concepção de que cada indivíduo é responsável pela sua própria saúde, acredita-se que ela é um produto adquirível e ao alcance de todos. Assim é comum pensar que, as doenças, particularmente aquelas desencadeadas ou agravadas pelo trabalho, são passíveis de controle pelo próprio trabalhador (CARNEIRO, 2006).

Os órgãos governamentais responsáveis pela política de saúde do servidor público precisam dar atenção às ações que promovam a saúde desse público, assim como desenvolver a reabilitação, readaptação e reintegração ao trabalho, de modo a prevenir aposentadorias precoces por invalidez e possibilitar que o servidor público trabalhe, sem necessariamente adoecer. Também é preciso realizar pesquisas que permitam compreender melhor as relações entre o

processo de adoecimento e sua relação com o trabalho, sempre que possível envolvendo os servidores (CUNHA; BLANK; BOING, 2009).

Cucchiella, Gastaldia e Ranierib (2014) destacam a importância de iniciativas para a proteção e promoção da saúde nas empresas a fim de melhorar a qualidade e produtividade. Consideram que trabalhadores saudáveis são mais eficientes e motivados. Destacam o papel de médicos, seja na realização de exames periódicos e também o trabalho de especialistas, no atendimento a casos mais específicos. Esses autores também enfatizam que campanhas e ações educativas também são relevantes, a exemplo de vacinação contra gripe. Sugerem também a análise do trabalho sob os aspectos ergonômicos e de segurança. Por fim, apontam que ações voltadas para o comportamento (tais como eventos esportivos, campanhas de aconselhamento e informação sobre fumo e álcool) contribuem com esse objetivo.

Um ponto importante levantado por Carneiro (2006) é que nem sempre as questões da saúde do servidor pautam os programas de capacitação gerencial. Contudo, na prática, o gestor ocupa papel central na atenção à saúde do servidor, seja pelo contato diário, em que é possível perceber alterações no comportamento e desempenho do servidor, ajudando na realização de um tratamento preventivo ou uma intervenção em fase inicial de doenças, principalmente no campo da saúde mental. Também o gestor é fundamental em casos em que é necessário adotar mudanças na organização do trabalho ou readaptação, uma vez que o servidor que adoece, precisa desse apoio e suporte emocional. Em alguns casos, o servidor regressa de LTS de longa duração e precisa de diferentes condições para seu retorno. Cada situação deve ser analisada dentro de suas especificidades. Nesse sentido, na PSSQVT da CD está prevista a realização de ações de capacitação e apoio às iniciativas educacionais relacionadas a Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho.

Já é um consenso a importância de se desenvolver ações de acompanhamento para a recuperação e manutenção da saúde física e mental, a fim de que o servidor possa cumprir as suas atividades de forma plena e integral. As principais ações devem ser preventivas, com fornecimento de um bom ambiente de trabalho e com as devidas condições para a realização das atividades, melhorias nas práticas gestão, manutenção das relações interpessoais saudáveis, e acolhimento das necessidades do trabalhador.

Carneiro (2006) também destaca que a atuação dos órgãos técnicos de atenção à saúde do servidor deve ter alinhamento com as políticas de Recursos Humanos. Na CD, há previsão desse

alinhamento na Política de Recursos Humanos da Câmara dos Deputados (Ato da Mesa nº. 76/2013) e na Política de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho da Câmara dos Deputados (Ato da Mesa nº 151/2014), contudo o desafio é transformar essas políticas em ações que contribuam com o planejamento e metas da Administração sem comprometer a saúde, segurança e qualidade de vida dos servidores. Para tal, é preciso que haja o envolvimento dos gestores e servidores.

Na CD, a Política de SSQVT consolida ações nesse sentido, diversos órgãos estão envolvidos no desenvolvimento dessas atividades, que se encontram organizadas em Programas ou já definidas em processos de trabalho. São realizados exames periódicos, atendimentos ambulatoriais e emergenciais, vacinação contra gripe, campanhas de prevenção, palestras educativas, grupos para gestantes, hipertensos ou para quem precisa perder peso, acompanhamento junto ao programa de saúde do trabalhador sempre que necessário, entre outros. Também estão previstos o acompanhamentos funcional de reabilitação ou readaptação ao trabalho, programa de dependência química e prevenção ao tabagismo, programa de preparação para aposentadoria, programa de educação financeira, atendimento em eventuais casos de discriminação e violência no trabalho, campanhas com foco na valorização da diversidade e busca da equidade, treinamentos gerenciais e ações de manutenção e prevenção relacionadas à segurança no trabalho.

O Programa de Valorização do Servidor (Pró-Ser) em parceria com o Departamento Médico (Demed) atua no acompanhamento funcional de servidores em reabilitação ou readaptação, contudo em muitos casos, os servidores já chegam nesses serviços adoecidos. Esse acompanhamento envolve buscar as melhores condições de trabalho para o servidor, com suporte social de seus superiores e equipes, de modo a resgatar sua plena capacidade de trabalho, ou adaptar à sua capacidade residual ou ainda, em última instância, dar suporte aos casos de aposentadoria precoce. A centralidade do trabalho na vida e o seu papel enquanto regulador social devem ser sempre considerados, uma vez que ao adoecer essa atuação fica comprometida e consequentemente o bem-estar do indivíduo.

Faz-se necessário avaliar os custos envolvidos no AD, não no sentido de buscar uma redução que comprometa a saúde e recuperação dos servidores, mas com foco no mapeamento de causas que podem ser prevenidas e evitadas. A fim de promover o adequado acompanhamento dos serviços de saúde do trabalhador e evitar possíveis irregularidades.

Também é preciso dar atenção ao presentismo laboral, ou seja, os casos em os trabalhadores permanecem no trabalho mesmo estando doentes, com possibilidade de se aumentar o risco de erros ou de infectar colegas. Permanece por receio das consequências negativas ou ser tratado como indolente, chegando em alguns casos a ocorrências de assédio moral (MIDORIKAWA, 2000; JOHNS, 2010 *apud* FONSECA; CARLOTTO, 2011; CUCCHIELLA; GASTALDIA; RANIERIB, 2014).

No caso das mulheres a esses fatores somam-se os desgastes com a conciliação dos diferentes papéis relacionados aos cuidados domésticos e de familiares. Segundo Gama (2012) o conceito de gênero contribui na discussão das esferas sociais ao trazer aspectos socioculturais e emocionais implicados nos processos de saúde-doença. A perspectiva de gênero propõe modelos de mudança cultural que desconstruam as iniquidades, operacionalizados por meio de políticas, programas, planos que facilitem ou abram espaço ao empoderamento das mulheres e que modifiquem os estereótipos masculinos e femininos, diminuindo as atuais hierarquias e abrindo possibilidades para que homens e mulheres tenham uma vida mais igualitária.

Nesse sentido, Knust (2017) ao avaliar os riscos psicossociais do trabalho no Detaq encontrou diferenças de acordo com o gênero. As mulheres avaliaram de forma mais negativa os fatores ‘divisão das tarefas’, ‘divisão social do trabalho’, ‘falta de reconhecimento’ e ‘danos físicos’, além de perceberem mais a presença do estilo gerencialista. Esses achados permitem a reflexão de que homens e mulheres percebem a realidade do trabalho de forma diferenciada.

Ao se tratar da saúde integral conforme definida na Política de RH como: equilíbrio e bem-estar em todas as dimensões do contexto social e do trabalho, é preciso pensar formas que permitam ao servidor o equilíbrio entre os seus diferentes papéis sociais, principalmente no caso das mulheres. Um exemplo que já acontece na CD é a jornada reduzida para servidoras lactantes, que permite melhor integração dos papéis de nutriz e trabalhadora, bem como a implantação de sala de amamentação nas dependências do Órgão. Trata-se de um real alinhamento com a equidade no tratamento das diferentes condições de vida.

Ações dessa natureza são um meio de aumentar a empregabilidade das mulheres e reconhecer o cuidado como uma responsabilidade que deve ser compartilhada. O Estado ocupa papel central nessas ações, pois é a única instituição com as condições objetivas (políticas, financeiras e legais) para garantir serviços de qualidade por meio de políticas públicas (COSTA, 2011). Segundo Voria (2008) *apud* Costa (2011) essas estratégias buscam trazer a tarefa do

cuidado além do espaço privado, compartilhando no âmbito público, o que significaria dar importância social como um trabalho valorizado.

Cooper e Lewis (2000) *apud* Perlin e Diniz (2016) enumeram outras estratégias organizacionais complementares às políticas citadas anteriormente. Entre elas estão o acesso a treinamentos sobre equilíbrio entre trabalho e família e o gerenciamento de estresse, oferta de grupos de apoio para mães e pais que passaram pela licença maternidade e paternidade, redução da jornada de trabalho com paralela redução salarial por um período específico, licença para afastamento por períodos determinados (para lidar com demandas familiares diversas), permissão de interrupção da carreira por algum período com a possibilidade de entrar em programas de treinamento, adaptação, recolocação e reinserção ao retornar.

Fonseca e Carlotto (2011) dão ênfase à importância de diretrizes e mudanças na concepção e organização direcionadas aos aspectos psicossociais no trabalho. Estas diretrizes envolvem as formas de reconhecimento e valorização dos servidores e de seu trabalho, aumento na autonomia e revisão dos controles sobre o trabalho, avaliação da ocorrência de sobrecarga, enriquecimento do trabalho, e não apenas das tarefas, capacitação profissional planejada, desenvolvimento na carreira, estratégias de suporte social, melhorias coletivas no fluxo, suportes e qualidade das informações operacionais e organizacionais e atenção com condições do ambiente físico de trabalho. Ações dessa natureza podem contribuir com a melhora na saúde física e mental dos servidores e conseqüentemente com a redução do AD.

O presente estudo buscou realizar um apanhado sobre o tema e apresentar contribuições, ainda que tenham sido identificadas diferenças no AD entre homens e mulheres, os resultados explicam uma parcela desse fenômeno, na medida em que se considera que fatores externos ao controle das pessoas interferem nesse processo, tais como aspectos da cultura, estereótipos e papéis de gênero.

As mudanças na dinâmica das famílias com maior participação das mulheres no mercado de trabalho entram em contradição com a organização do trabalho dominante. Se pressupõe que o homem está sempre disponível para o trabalho e à mulher cabe realizar os ajustes para que trabalhe, sem comprometer as atividades domésticas e familiares. Faz-se necessário pensar e flexibilizar formas de se realizar o trabalho de modo a absorver as novas configurações familiares sem prejuízo da saúde, bem-estar e qualidade de vida. Por meio da adoção de políticas sensíveis às diferenças.

CONCLUSÃO

O estudo apresentou importantes contribuições, uma vez que incluiu um olhar sobre as mulheres no contexto de estudos sobre absenteísmo-doença entre servidores públicos brasileiros. Isso permitiu que se considerassem as especificidades da própria existência das mulheres, na medida em que ao se generalizar resultados, se perde muito do que é inerente a cada realidade.

Retomando o objetivo de caracterizar o absenteísmo-doença, encontrou-se que o perfil de servidores que mais se afastaram do trabalho na CD nos anos de 2015 a 2017, é de mulheres, casadas, com uma classe de dependente, idade entre 49 a 60 anos, do cargo de AL, lotadas na área Administrativa, que não ocupam FC e com 0 a 10 anos de CD na data do afastamento.

Nosso estudo corrobora outros, que afirmam que mulheres se afastam mais por motivos de saúde do que homens. Esse afastamento não está relacionado à idade da mulher, ou seja, não se trata de questões relativas ao natural envelhecimento. Também não se trata de carga de trabalho, já que mais mulheres sem FC se afastam. Elas, ainda, se afastam por mais tempo do que os homens. Em termos de análise de gênero, duas questões importantes podem ser colocadas: 1) mulheres se afastam mais ou homens não procuram o serviço de saúde?; 2) mulheres que ocupam posições de chefia ou direção adotam padrões de saúde mais próximos dos padrões masculinos?

A primeira problematização diz respeito à cultura de cuidado com a saúde, a qual se apresenta mais próxima do universo feminino do que do universo masculino. Ou seja, mulheres buscam ajuda do serviço médico assim que sentem que a saúde não vai bem. Homens, por outro lado, demoram a procurar serviços de saúde, ou mesmo evitam o cuidado médico, os quais, para a cultura do universo masculino, significam assumir fragilidades e contato com um ambiente demasiado feminino. Importante lembrar que a estrutura de atenção à saúde é composta principalmente, por mulheres, maioria entre atendentes, recepcionistas, enfermeiras e técnicas de enfermagem. Em termos de políticas de saúde, as conclusões levam a reconsiderar campanhas e ações no sentido de facilitar o acesso dos homens aos serviços de saúde (BRASIL, 2009b; BARATA, 2009).

A segunda questão, relacionada à primeira, diz respeito à adesão a padrões culturais tipicamente masculinos por mulheres que assumem posições de maior responsabilidade, como chefias e diretorias, caso das FC na Câmara dos Deputados. Apesar de não ser uma diferença importante, era esperado que mulheres com maiores responsabilidades funcionais sofressem mais

com problemas de saúde que as levassem a afastamentos. Mas, observou-se que as mulheres seguiram o padrão masculino: maior responsabilidade, menos afastamentos.

Ainda que pesem as especificidades da organização do trabalho na CD, o estudo poderá contribuir com estudos semelhantes em outros órgãos da Administração Pública. Pode-se constatar que há diferença significativa de AD entre homens e mulheres, sendo que elas se afastam mais e por mais tempo. Também foi possível traçar um perfil dos servidores quanto as causas dos afastamentos. E se constatar que o tipo de lotação teve menor peso nessa distribuição.

A sistematização dos resultados permite que se conheça o perfil dos servidores com maior prevalência de afastamentos. Além de descrever o perfil epidemiológico, com demonstração das principais causas de adoecimento, o que permite que o melhor direcionamento de ações e intervenções na busca de melhorias da saúde, segurança e qualidade de vida dos servidores.

O acesso aos dados de forma sistematizada, permitiu que fossem incluídos todos registros de LTS dos servidores efetivos da CD período de 2015 a 2017 o que garante a representatividade da população selecionada. Outro aspecto positivo foi o baixo custo no levantamento dos dados. Além da garantia de fidedignidade, pois não se conta com o autorrelato ou registros manuais em prontuários, como observado em estudos anteriores. Cabe destacar que a partir desses dados é possível realizar diversas análises e estudos com novas perguntas de pesquisa que não estavam no escopo do trabalho.

Entre as limitações do estudo destaca-se que não foram diferenciadas as licenças médicas de causas comuns das relacionadas com doenças do trabalho ou por acidentes de trabalho. Assim como não foram separadas as licenças médicas iniciais das licenças médicas de prorrogação. Vale destacar que a natureza do estudo não permite que sejam feitas inferências causais ou conclusões definitivas sobre as associações verificadas.

Não foram incluídos os afastamentos decorrentes de licença para acompanhar familiar enfermo (previstos na Lei 8.112/90) devido à impossibilidade de se acessar e analisar os dados em tempo hábil. Contudo, considera-se de extrema relevância a análise desses dados em pesquisas futuras, por ter forte relação com os papéis de gênero esperados de homens e mulheres.

Também se sugere que outras características sejam considerados em estudos futuros, tais como os efeitos dos aspectos políticos de cada ano sobre as variações do AD, a exemplo de ser um ano eleitoral (gerais ou regionais), ano em que são eleitos novos membros para compor a Mesa-Diretora ou comissões. Assim como a sazonalidade das atividades legislativas (períodos de

recesso parlamentar). Considerando que as oscilações políticas e de planejamento tendem a provocar mudanças e podem desestabilizar a organização do trabalho (SENNETT, 1999 *apud* LANCMAN *et al.*, 2007).

Ainda seria interessante a adoção de indicadores que permitissem conhecer as causas recorrentes de AD, estimar custos e mapear o AD por Departamento ou Diretoria, o que pode auxiliar na elaboração de planos de ação mais adequados a cada situação.

Nesse processo, mostrou-se útil proceder anualmente a análise da variável sexo segundo a incidência de cada subgrupo para as principais causas de afastamento. Principalmente para os afastamentos relacionados com os transtornos mentais e comportamentais, buscando relacionar os resultados com o cargo e natureza da atividade.

Os resultados apontam que há diferença significativa no absenteísmo-doença entre homens e mulheres na Câmara dos Deputados. Ao se estudar o tema Gênero, evidencia-se que surgem questões e reflexões sobre homens e mulheres, o que ressalta a contribuição dos papéis de gênero na compreensão dessas relações.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, L. (Ed.). **Questionando um mito: custo do trabalho de homens e mulheres**. Brasília: Organização Internacional do Trabalho, 2005. 196 p.
- 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. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/3950/7825>>. Acesso em: 22 fev. 2017.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, p. 121-32, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- AQUINO, E.; MENEZES, G.; AMOEDO, M. Gênero e Saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p.195-202, 1992. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101992000300011&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 25 set. 2018.
- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G.M.S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: Desafios para um Novo Agir. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 281-290, abr./jun. 1995. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1995000200012&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 07 nov. 2017.
- ARAÚJO, T. M. *et al.* Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, p. 1117-1129, out./dez. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400032>. Acesso em: 26 ago. 2015.
- ARAÚJO, J. P. **Afastamento do trabalho: Absenteísmo e presenteísmo em uma instituição federal de ensino superior**. 2012. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: < <http://repositorio.unb.br/handle/10482/11239>>>. Acesso em: 17 set. 2017.
- AZEVEDO, R. F. **Prevalência e fatores associados aos afastamentos por licença médica dos servidores de um hospital universitário**. 2015. 58 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: < <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/3157> >. Acesso em: 21 fev. 2017.
- BARATA, R. B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: _____. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 73-94. Disponível em: < <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.
- BARROSO, C. As mulheres nos altos escalões da administração pública no Brasil. **RSP Revisita Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 66, n. 1, p.145-159, jan./mar. 2015.

Disponível em: <

http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2103/1/RSP%20Revisitada_As%20mulheres%20nos%20altos%20escal%C3%B5es%20da%20administra%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%ABlica%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

BATISTA, I. **Absenteísmo por licença médica em servidores de uma instituição federal de ensino superior em Minas Gerais**. 2014. 60 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014. Disponível em: < <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/12822/1/AbsenteismoLicencaMedica.pdf> >. Acesso em: 25 mar. 2017.

BERNSTORFF, V. H.; ROSSO, S. D. O Absenteísmo ao trabalho como forma de resistência individual à intensificação do trabalho, à insatisfação profissional e ao estresse ocupacional. *In: ENCONTRO DA ANPAD*, 32, 2008, Rio de Janeiro. **Anais Eletrônicos...** Rio de Janeiro: EnANPAD, 2008. p. 1-17. Disponível em: < <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EOR-B2756.pdf> >. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Ato da Mesa nº 24, de 06/05/2015**. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos servidores da Câmara dos Deputados e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/int/atomes/2015/atodamesa-24-6-maio-2015-780669-norma-cd-mesa.html>>. Acesso em: 04 nov 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Ato da Mesa nº 76, de 31/01/2013**. Institui a Política de Recursos Humanos da Câmara dos Deputados. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/int/atomes/2013/atodamesa-76-31-janeiro-013-775254-publicacaooriginal-138920-cd.html> >. Acesso em: 08 mai. 2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Ato da Mesa nº 151, de 10/12/2014**. Institui a Política de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho da Câmara dos Deputados. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/int/atomes/2014/atodamesa-151-10-dezembro-2014-779717-publicacaooriginal-145591-cd-mesa.html> >. Acesso em: 26 mar 2017. 2014b.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Ato da Mesa nº 192, de 08/06/2017a**. Altera o Ato da Mesa n. 24, de 2015, que dispõe sobre a jornada de trabalho dos servidores da Câmara dos Deputados e dá outras providências. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/int/atomes/2017/atodamesa-192-8-junho-2017-785036-norma-cd-mesa.html>>. Acesso em: 04 nov 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Censo do Departamento Técnico**. Brasília, 2015. (Documento restrito).

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Organograma**. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm>>. Acesso em: 19 out. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Portaria nº 79, de 26/03/2014**. Cria o Comitê Gestor Pró-Equidade no âmbito da Câmara dos Deputados. Disponível em: <

<http://www2.camara.leg.br/legin/int/portar/2014/portaria-79-26-marco-2014-779494-publicacaooriginal-145288-cd-dg.html>>. Acesso em: 04 nov. 2018. 2014a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 04 jan. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009**. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm>. Acesso em: 26 mar. 2017. 2009a.

BRASIL. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 26 mar. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm>. Acesso em: 04 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.647, de 13 de abril de 1993**. Dispõe sobre a vinculação do servidor público civil, ocupante de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, ao Regime Geral de Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8647.htm>. Acesso em: 04 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8745cons.htm>. Acesso em: 04 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf >. Acesso em: 24 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília, Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: < http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf >. Acesso em: 26 set. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Manual de perícia oficial em saúde do servidor público federal**. 3. Ed. Brasília, 2017b. Disponível em: < <http://www.jandaiadosul.ufpr.br/wp-content/uploads/2017/07/MANUAL-DE-PERICIA->

OFICIAL-EM-SAUDE-DO-SERVIDOR-PUBLICO-FEDERAL-3A-EDICAO-ANO-2017-
VERSAO-28ABR2017.pdf >. Acesso em: 24 ago. 2018.

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.195-204, jan./mar. 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000100020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 nov. 2017.

BRITO, J. C. *et al.* Saúde, Subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Rev. Bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n.126, p.316-329, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572012000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 ago.2015.

BRUSCHINI, C. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado? **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 331-353, jul./dez. 2006. Disponível em: < <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/trabalho%20domestico.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRUSCHINI, C. Trabalho e Gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, set./dez. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0337132.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

CAPELARI, M. M. **O perfil do absenteísmo na administração pública: atestação médico-odontológico na saúde do servidor**. 2013. 213 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2013. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-05062013-095153/pt-br.php> >. Acesso em: 25 mar. 2017.

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: Questão para a gestão de pessoas a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 23 – 49, jan. /mar. 2006. Disponível em: < <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/188>>. Acesso em: 11 set. 2017.

CARVALHO, M. V. L. **Perfil de absenteísmo no Supremo Tribunal de Justiça: análise do ano de 2009**. 2010. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Educação e Promoção da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/1322/1/2010_MarciaValescaLeitaodeCarvalho.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

CERIBELI, H. B.; INÁCIO, R. O.; SILVA, M. C. Uma análise do absenteísmo no setor público brasileiro. **RASM**, Alvorada, v. 6, n.2, p.2-20, jul./dez. 2016. Disponível em: < <http://www.saomarcos.br/ojs/index.php/rasm/article/view/142> >. Acesso em: 10 fev. 2017.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CORASSA, R. B. *et al.* Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG), 2001 a 2012. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n. 3, p. 302-314, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030258.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

COSTA, A.C. **Ações afirmativas de gênero e trabalho:** O Programa Pró-equidade de Gênero na Eletronorte. 2011. 102 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: < <http://repositorio.unb.br/handle/10482/7801>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

COSTA, M. M. B.; FERREIRA, L.; BURNIER, J. N. T. Principais causas de afastamento do trabalho no serviço público Federal do Tocantins: atendimentos ao Sias Tocantins no período de junho de 2011 a setembro de 2012. **Revista Cognitio**, Lins, n. 01, 2013. Disponível em: < <http://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/viewFile/140/136>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

COUTO, M.T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo. (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, Botucatu, v. 14, n.33, p.257-70, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003>. Acesso em: 26 set. 2018.

CUCCHIELLA, F.; GASTALDIA, M.; RANIERIB, L. Managing absenteeism in the workplace: the case of an Italian multiutility company. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 150, p. 1157 – 1166, 2014. Disponível em: < <https://core.ac.uk/download/pdf/82108398.pdf> >. Acesso em: 27 mar. 2017.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. Tendência Temporal de Afastamento do Trabalho em Servidores Públicos (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 226-236, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2009000200012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2017.

DAL ROSSO, S. Teoria do valor e trabalho produtivo no setor de serviços. **Caderno Crh**, Salvador, v. 27, n. 70, p. 75-89, jan./abr. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-49792014000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 10 out. 2018.

DI NUBILA, H.B.V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 2, p. 324-35, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

FAUSTO-STERLING, A. Dualismos em duelo. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 17-18, p. 9-79, 2002.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000100017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 out. 2018.

FONSECA, R.M.G.S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, jan., 1997. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691997000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 ago. 2018.

FONSECA, R. M. C., CARLOTTO, M. S. Saúde mental e afastamento do trabalho em servidores do judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. **Revista Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v.5, n.2, p. 1 – 18, 2011. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000200004>. Acesso em: 17 out. 2018.

FRANÇA, A. C. L. **Práticas de Recursos Humanos – PRH: Conceitos, Ferramentas e Procedimentos**. São Paulo: Atlas, 2011.

FREIRE, P. A. Assédio Moral e Saúde Mental do Trabalhador. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, jul./out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000200009>. Acesso em: 22 set. 2009.

GAMA, A. S. Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. In.: BRAVO, M. I. *et al.* **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez, UERJ, 2012, p. 85-104.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio, 2006. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0767.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2018.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saúde Pública**. v. 23, n. 3, p.565- 74, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 set. 2018.

GONZÁLEZ GÓMEZ, M. F. Salud laboral y género. Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. **Med Segur Trab**, v. 57. Suplemento 1, p. 1-262, 2011. Disponível em: < <https://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2016/03/SalutLaboralyGenero.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

GUIRALDELLI, R. Trabalho e gênero: aportes para o debate da questão social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 244 - 254, ago./dez., 2011. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9633/7330>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

HIRATA, H. O Universo do Trabalho e da Cidadania das Mulheres - um olhar do feminismo e do sindicalismo. In: COSTA, A. C.; OLIVEIRA, E. M.; LIMA, M. E. B.; SOARES, V. [Org.] **Reconfiguração das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT Brasil, 2004.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, set./dez. 2007. Disponível em: < <http://scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0537132>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

IBGE. **Estatísticas de Gênero: Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010.** Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 162 p. (Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, n.33). Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

IBGE. **Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil.** Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 13 p. (Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, n.38). Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

ICHINO, A.; MORETTI, E. Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap. **IZA Discussion Paper**, n. 2207, jul. 2006. Disponível em: < <http://ftp.iza.org/dp2207.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

KERGOAT, D. Divisão Sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H.; LABORIE, F.; LE DOARÉ, H.; SENOTIER, D. (Org.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora da Unesp, 2009.

KNUST, S. R. A. **Sofrimento no trabalho: estudo de caso de riscos psicossociais em um órgão do Poder Legislativo Federal.** 2017. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: < http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24529/1/2017_S%C3%A9rgioRicardoAlvesKnust.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

LANCMAN, S. *et al.* O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: Um estudo com agentes de trânsito. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 79-92. 2007. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180115442008.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2018.

LEÃO, A. L. M. *et al.* Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 262-77, jan./mar., 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00262.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

LE CAMPION, A. C. O. V.; MELO, E. V. S.; MONTEIRO, V. A. P. Perfil do absenteísmo-doença nos servidores públicos federais na unidade SIASS/INSS/Alagoas. **Revista Cognitio**, Lins, n. 1, 2013. Disponível em: < <http://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/164>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

LEE, J.B.; ERIKSEN, L. R. The effects of a policy change on three types of absence. **Journal of Nursing Administration**, v.20, n 7-8, p.37-40, Jul./Aug., 1990. Disponível em: < <http://europepmc.org/abstract/med/2380783> >. Acesso em: 28 mar. 2017.

LIMA-COSTA; M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 12, n. 4, p. 189-201, out./dez., 2003. Disponível em: <
http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003>. Acesso em: 21 set. 2017.

LOURO, G. L. **Gênero, Sexualidade e Educação: uma perspectiva pós estruturalista**. 6ª Edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MARQUES, D. O. **O absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <
<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3424>>. Acesso em: 17 set. 2017.

MARQUES, D. O. *et al.* O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 5, p. 876-82, set./out. 2015. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0876.pdf>> Acesso em: 17 set. 2017.

MARTINS, R. J. *et al.* Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.30, n.111, p. 9-15, jan./jun., 2005. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/1005/100517011002.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

MENDES, I. O. O trabalho doméstico feminino e a produção capitalista: um debate na new left review. **Revista Multiface**, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, 2017. Disponível em: <
file:///C:/Users/P_7589/Downloads/4127-Texto%20do%20artigo-16051-1-10-20171127.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

MESA, F.R.; KAEMPFER, A. M. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. **Rev Méd**, Santiago, v.132, p.1100-8, 2004. Disponível em: <
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000900012>. Acesso em: 26 mar. 2017.

MIDORIKAWA, E. T. A. **Odontologia em Saúde do Trabalhador Como Uma Nova Especialidade Profissional: Definição do Campo de Atuação e Funções do Cirurgião-Dentista na Equipe de Saúde do Trabalhador**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <
http://bdpi.usp.br/single.php?_id=001140344>. Acesso em: 25 mar. 2017.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1556-1564, jul. 2008. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/10.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

NOBRE, M. Trabalho doméstico e emprego doméstico Reconfiguração das relações de gênero no trabalho. In: COSTA, A. C. *et al.* [Org.] **Reconfiguração das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT Brasil, 2004.

NOGUEIRA, D. P.; AZEVEDO, C. A. B. Absentismo-doença em mulheres. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.10, n.38, p. 48-51, abr./jun. 1982.

NOGUEIRA, D. P.; LAURENTI, R. Absentismo por doença em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, p. 393-9, 1975. Disponível em: < https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v9n3/12.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

NUNES, A. V. L.; LINS, S. L. B. Servidores públicos federais: Uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revista de Psicologia Organizacional e do Trabalho**, v.9, n.1, p. 51-67, 2009. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/11830>>. Acesso em: 22 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; Organização Panamericana da Saúde 2001. Disponível em: < https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 08 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Década do Osso e da Articulação: movimento articular, 2000/2010**. 2013. Disponível em <<http://bjdonline.org/>>. Acesso em: 10 ago 2018.

PASTRE, E. C. **Sintomas Osteomusculares relacionados ao trabalho em mulheres de centro de ressociação**. 2006. 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2006. Disponível em: < http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/248/1/elianecristinapastre_dissert.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

PATTON, E.; JOHNS, G. Women's absenteeism in the popular press: Evidence for a gender-specific absence culture. **Human Relations**, v. 60, n. 11, p. 1579–1612, 2007. Disponível em:< <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1015.7024&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

PERLIN, G.D.B. Gênero, multissexualidade e tendências sexuais contemporâneas: desafios para uma atuação ética. **Revista da Faculdade Regional da Bahia**, Salvador, v. 1, p. 78-92, 2006.

PERLIN, G.D.B.; DINIZ, G.R.S. **Políticas Familiarmente Responsáveis no Brasil: Interação família-trabalho nas agendas de políticas estatais e organizacionais**. **E-Legis - Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação da Câmara dos Deputados**, Brasília, v. 9, n. 20, maio/ago., p. 119-137, 2016. Disponível em: < <http://e-legis.camara.leg.br/cefor/index.php/e-legis/article/view/232/360>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PINHEIRO, L.; GALIZA, M.; FONTOURA, N. Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença-parental como política pública para lidar com essas tensões. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 851- 859, dez., 2009.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 845-58, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 out. 2018.

PINTO, E.L.; MIDDLEJ, S.; Programa Pró-Equidade de Gênero: uma discussão sobre relações entre homens e mulheres na Caixa Econômica Federal. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p.1529-50, nov./dez., 2012. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/2410/241024817006.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

PORTO, M. A. **A Qualidade de Vida no trabalho do servidor público da administração estadual e o papel do gerente de recursos humanos**. São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.rcc.gov.pt/SiteCollectionDocuments/QualidadeVidaServidor_MAP.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.

RAMALHO, I. M. **Absenteísmo-Doença, Custo Humano do Trabalho e Custo Econômico: A Promoção da Qualidade de Vida no Trabalho em Questão no Setor Público**. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: < <http://repositorio.unb.br/handle/10482/23523>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

REIS, R. J. *et al.* Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-23, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17477.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

RODRIGUES, T. F. Desigualdade de Gênero e Saúde: Avaliação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher. **Revista Cantareira**, edição 22, jan./jul., 2015. Disponível em: < <http://www.historia.uff.br/cantareira/v3/wp-content/uploads/2016/01/Thais.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ROHDEN, F. A questão da diferença entre os sexos: redefinições no século XIX. In:_____. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2 ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. p. 29-48. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/8m665/pdf/rohden-9788575413999.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SALA, A. *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.10, p.2168-2178, 2009. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2009.v25n10/2168-2178>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

SANTANA, N. A relação agente-principal entre deputados federais e gestores administrativos na Câmara dos Deputados. **E-Legis** - Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação da Câmara dos Deputados, Brasília, n. 12, set./dez., p. 52-69, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/pc/Downloads/relacao_agente_santana.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2018.

SANTOS, M. **Trabalhadores e o ambiente de trabalho no poder legislativo federal brasileiro: edifício doente ou edifício adoecedor?**. 2015. 127 f. Dissertação (Mestrado em Poder Legislativo) - Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento, Câmara dos Deputados, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/25585>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

SCOTT, D.; MCCLELLAN, E. L. Gender differences in absenteeism. **Public Personal Management**. v. 19, n. 2, summer, 1990. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/009102609001900210>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil de Análise Histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.20, n. 2, 1995.

SCOTT, K. D.; MABES, D. A. The job satisfaction/absenteeism relationship: gender as moderating variable. **Akron Business and Economic Review**, v.15, n. 3, p. 43-47, 1984. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/854d/c83c11d35a00c5530052e5360b2e1762fff1.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

SILVA, P. A. S. *et al.* A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**; v. 16, n. 3, p. 561-568, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SILVA, P. L. N. *et al.* A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 32, p. 414-443, oct. 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_enfermeria3.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Rev Bras Epidemiol**, v.18, n. 4, p. 735-744, out./dez., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00735.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2018.

SILVEIRA, S. G.; GRISOTTI, M. Trabalho e saúde: Um estudo sobre o processo saúde– doença dos servidores de um hospital universitário. **Revista Trabalho e Transformação Social**. v.2, n.1, p. 18 – 27, 2011. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1086/1279>>. Acesso em: 28 set. 2018.

SIQUEIRA, N. L. **Gênero e saúde no brasil: a (re)produção de desigualdades**. 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9RQHXL/disserta__o_pre_textual_e_textual_natalia_leao_final_ficha.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 set. 2018.

SORJ, B.; FONTES, A.; MACHADO, D. C. Políticas e práticas de conciliação entre família e trabalho no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 573-594, set./dez., 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0437132.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

SOUZA-LOBO, E. **A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do Absenteísmo em Usina Siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 18, n. 69, p. 65-70, 1982.

VALE, S. F. *et al.* Análise de diagnósticos associados às licenças médicas de servidores públicos do Ceará. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 6 n. 1, p. 68-81, jan./jun., 2015. Disponível em: < <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1694/1485>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

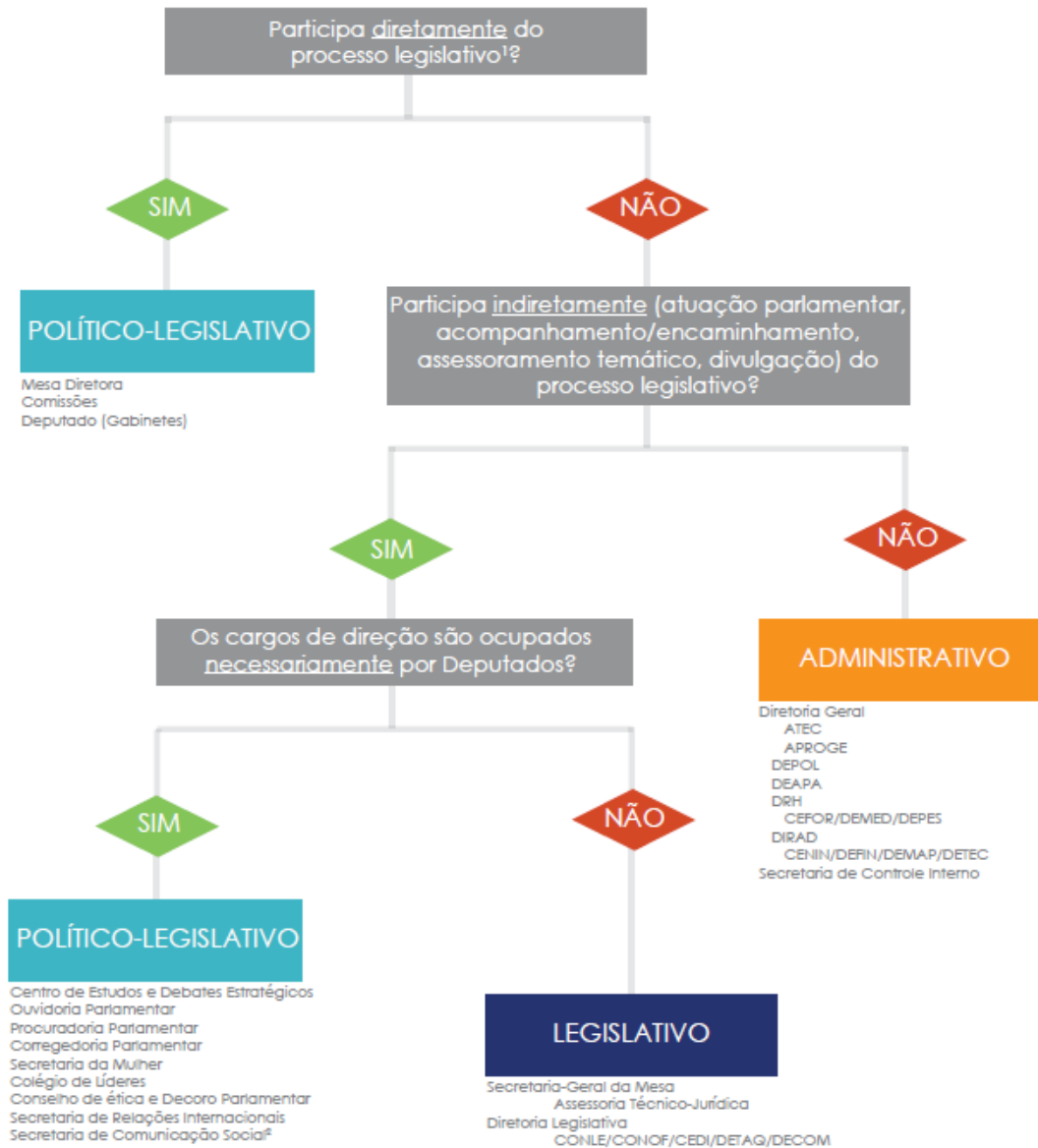
VANDENHEUVEL, A.; WOODEN, M. Do explanations of absenteeism differ for men and a women? **Human Relations**. v. 48, n. 11, p. 1309-1329. Nov. 1, 1995. Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001872679504801104>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

VENTURA, R.T. **Gestão de competências: uma análise de competências de gestores da Câmara dos Deputados**. 2006. 140 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Social e Trabalho) - Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

WUNSCH FILHO, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Rev Bras Med Trab.** v. 2, p. 103-17, 2003. Disponível em: < <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/perfil-epidemiologico.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

ANEXO

FLUXOGRAMA DE USO GERAL PARA O CENSO 2015/2016



Notas:

1- O Processo Legislativo é entendido como o conjunto de procedimentos estabelecidos para a elaboração de leis e compreende o trâmite de ações desde a apresentação da proposição até a consolidação da lei. A Constituição Federal de 1988 dispõe sobre o processo legislativo em seu artigo 59.

2- Por participar indiretamente do processo legislativo, no que concerne à divulgação, e por possuir um deputado no cargo de direção, a Secretaria de Comunicação Social foi classificada como de uso Político-Legislativo, mesmo apresentando volume expressivo de atividades administrativas a ela competentes.