ABSENTEÍSMO NAS INSTITUIÇÕES ATENDIDAS PELO SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR (SIASS) EM UMA UNIDADE DE MINAS GERAIS, ENTRE 2017 E 2021

ABSENTEEISM IN INSTITUTIONS ATTENDED BY THE INTEGRATED SERVER HEALTH CARE SUBSYSTEM — GOVERNADOR VALADARES UNIT — MINAS GERAIS, BETWEEN 2017 AND 2021

ABSENTISMO EN LAS INSTITUCIONES ATENDIDAS POR EL SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENCIÓN SANITARIA AL EMPLEADO (SIASS) EN UNA UNIDAD DE MINAS GERAIS, ENTRE 2017 Y 2021

10.56238/IIMultiCientifica-126

Víctor Corrêa Viana
Mestrado em Sociedade, Saúde e Ambiente
Instituição: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais (IFMG) - Campus Governador Valadares
E-mail: victorcviana1@gmail.com

Bethânia Alves de Avelar Freitas
Doutorado em Ciências Fisiológicas
Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) - Campus JK
E-mail: bethania.avelar@ict.ufvjm.edu.br

RESUMO
O adoecimento de trabalhadores é um fenômeno complexo, multifatorial e tem sido objeto de estudo em diversas organizações. Esta pesquisa constituiu uma análise sobre o absenteísmo nas instituições públicas federais atendidas pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS, unidade Governador Valadares. O objetivo geral da pesquisa foi caracterizar o absenteísmo motivado por licenças médicas nas instituições federais atendidas pelo SIASS de Governador Valadares. Para atingir esse objetivo, detectou-se as instituições federais atendidas pelo subsistema, bem como um levantamento de dados no SIASS e identificação dos grupos de morbidades que mais geraram absenteísmo no período analisado. As análises demonstraram que o total de dias ausentes para todas as instituições foi de 34235 dias; o gênero feminino representou 51,67% dos afastamentos; a faixa etária prevalente foi a de 41 a 50 anos e os transtornos mentais e comportamentais representaram o maior grupo de morbidades, compondo 33,50% dos afastamentos. Concluiu-se que as ações a serem desenvolvidas pelo SIASS que são direcionadas ao gênero feminino, que priorizem a faixa etária de 41 a 50 anos e conscientizem sobre os transtornos mentais e comportamentais tendem a ser mais relevantes na promoção da saúde.

Palavras-chave: Afastamentos. Gestão de Pessoas. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT
Workers' illness is a complex, multifactorial phenomenon and has been the subject of study in several organizations. This research constituted an analysis of absenteeism in federal public institutions served by the Integrated Servant Health Care Subsystem of Governador Valadares unit. The main objective of the research was to characterize absenteeism motivated by sick leave in federal institutions assisted by the SIASS of Governador Valadares. To achieve this objective, the federal institutions attended by the subsystem were detected, as well as a data collection in SIASS and identification of the groups of morbidities that most generated absenteeism in the analyzed period. Subsequently, data tabulation and statistical tests were carried out. Depending on the scenarios of inclusion or exclusion of exclusive morbidities by gender, it was noticed that alternately the male or female gender is predominant in absences. The most significant age group was between 41 and 50 years old and the greatest number of morbidities were those resulting from mental and behavioral disorders, referring to the ICD F group. It was possible to conclude that the actions to be developed by SIASS that are aimed at women, that prioritize the age group from 41 to 50 years old and that raise awareness about mental and behavioral disorders tend to be more relevant in health promotion.

Keywords: Leaves. People Management. Worker's Health.

RESUMEN
La enfermedad laboral es un fenómeno complejo y multifactorial que ha sido objeto de estudio en diversas organizaciones. Esta investigación constituye un análisis del ausentismo en instituciones públicas federales atendidas por el Sistema Integrado de Atención Sanitaria para Servidores Públicos (SIASS), unidad Governador Valadares. El objetivo general de la investigación fue caracterizar el ausentismo motivado por licencia médica en las instituciones federales atendidas por el SIASS en Governador Valadares. Para lograr este objetivo, se identificaron las instituciones federales atendidas por el subsistema, así como una encuesta de datos en el SIASS y la identificación de los grupos de morbilidad que generaron mayor ausentismo en el período analizado. Los análisis mostraron que el número total de días ausentes para todas las instituciones fue de 34,235 días; el género femenino representó el 51.67% de las ausencias; el grupo de edad predominante fue de 41 a 50 años; y los trastornos mentales y del comportamiento representaron el grupo más numeroso de morbilidades, abarcando el 33.50% de las ausencias. Se concluyó que las acciones desarrolladas por SIASS dirigidas a las mujeres, que priorizan el grupo de edad de 41 a 50 años y promueven la sensibilización sobre los trastornos mentales y del comportamiento, tienden a ser más relevantes para la promoción de la salud.

Palabras clave: Ausencias. Gestión de Recursos Humanos. Salud Ocupacional.

1 INTRODUÇÃO

O ambiente laboral atual é um reflexo da crescente evolução tecnológica, que em conjunto com o acirramento da disputa por oportunidades no mercado de trabalho e adoção de novas práticas no serviço público têm criado um ambiente desfavorável à preservação da saúde do trabalhador a longo prazo, acarretando adoecimento e consequente aumento de licenças médicas dos funcionários (ARAUJO, 2012).

O absenteísmo, fruto desse ciclo de adoecimento laboral, agravado pelas pressões internas e externas pelas empresas públicas e privadas, é um fenômeno de difícil caracterização (ARAUJO, 2012), e tem sido estudado de forma mais consistente a partir do século XX (ARAUJO, 2012 apud BONAVIGO, 2008), podendo ser definido como diversos tipos de ausências dos trabalhadores em seus locais de trabalhos, por motivos esperados ou não. Entretanto, essa pesquisa se limita ao absenteísmo ocasionado por licenças médicas.

Absenteísmo, absentismo ou ausentismo corresponde à falta de assiduidade ao trabalho. Apesar de diferenças nas definições, os termos são equivalentes para designar a ausência ao trabalho pelo empregado nas ocasiões em que seria esperada sua presença (EHRENBERG *et al*., 1989 ALVES; GODOY e SANTANA, 2006).

Empregados são exigidos legalmente a comparecer regularmente e confiavelmente em seu local de trabalho. Quando há inconsistências nesse aspecto, isso constitui incidência de absenteísmo (BADUBI, 2017, p. 1). De forma geral, o absenteísmo é tido como um indicador importante de mau desempenho (HASSANEIN *et al*., 2020).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) abrange a definição e caracteriza o absenteísmo como a ausência do trabalho por fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalhador. Entretanto, após o fim da ausência, para se considerar absenteísmo é necessário que haja a expectativa de retorno ao trabalho (OIT, 2003). Complementarmente, para Chiavenato o absenteísmo, ou ausentismo,

> "é uma expressão utilizada para designar as faltas ou ausências dos funcionários ao trabalho. Em um sentido mais amplo, é a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso ou devido a algum motivo interveniente" (CHIAVENATO, 2009, p. 149).

Nas últimas décadas, têm havido esforços em nível governamental para melhoria da saúde dos trabalhadores das esferas públicas e privadas, prezando pela união de diferentes entidades para o aumento da eficácia de suas ações.

Tais esforços devem-se também a importância econômica, uma vez que servidores ausentes nas instituições constituem um ônus significativo para a Administração Pública, bem como é do interesse do Estado propor medidas para reduzir essas ausências.

Não obstante o próprio fenômeno multifacetário do absenteísmo, a própria construção e fundamentação do serviço público, conforme pontuado por Campos (2006, p. 16):

> "nas esferas federal, estadual ou municipal, tem características peculiares e é estudado em diferentes áreas do conhecimento científico (psicologia, ergonomia, direito, administração, antropologia, sociologia, medicina, fisiologia)".

No Brasil, as ações públicas em saúde do trabalhador são pautadas pela política de Vigilância da Saúde, instituída pela resolução nº 588, de 12 de julho de 2018 do Conselho Nacional de Saúde, é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

No serviço público, as licenças médicas de servidores públicos federais são direitos previstos pela lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990, e seus registros são realizados por esse sistema integrado, o que permite que sejam realizadas análises de caracterização dos afastamentos dos servidores.

Com atuação de forma mais direta, o SIASS, que integra a estrutura de gestão de pessoas, com a finalidade de articular os recursos existentes e propor medidas para a implementação das ações da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), tendo sido instituído pelo decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009 e tem como objetivo, de acordo com o Art. 2º desse decreto:

> 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, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009).

O SIASS possibilita a articulação entre os diferentes órgãos da administração pública federal direta, autárquica e fundacional para a elaboração coletiva de normas, a potencialização das ações, a

uniformização de procedimentos e a elaboração de projetos de formação e canais de comunicação (BRASIL, 2010).

Análises que investiguem as causas mais significativas de absenteísmo têm o potencial de subsidiar dados para que sejam propostas medidas mais direcionadas para a redução dos afastamentos por licenças médicas.

O objetivo geral da pesquisa foi caracterizar o absenteísmo motivado por licenças médicas nas instituições federais atendidas pelo SIASS de Governador Valadares. Para tanto, buscou-se inicialmente detectar as instituições federais atendidas pelo SIASS-Governador Valadares; realizar o levantamento de dados relativos ao gênero, faixa etária, número de registros e número de dias de afastamentos; e identificar os grupos de morbidades que mais geraram absenteísmo no período analisado.

1.1 MODELO DE GESTÃO NO SERVIÇO PÚBLICO

É perceptível que a maioria dos servidores presta um serviço de ordem intelectual, caracterizado no processamento de informações, negociações, fiscalização, ensino, pesquisa, policiamento entre outras, e não braçal, que compreendem as atividades opostas, como por exemplo, nas lavouras ou nas atividades repetitivas das linhas de montagem das indústrias. Ainda que as rotinas sejam fragmentadas e estruturadas em ritos processuais rígidos, elas estão ainda fundamentadas sobre normas jurídicas complexas, por vezes contraditórias (PORTO, 2006).

Embora o serviço e a produtividade esperados no setor público não sejam comparáveis aos do setor privado, a lógica dos modelos organizacionais das empresas privadas, desde algum tempo, tem sido sistematicamente aplicada às instituições públicas, como a adoção de diversas formas de enxugamento dos quadros, que vão desde os programas de demissão voluntária até a não reposição de trabalhadores afastados por adoecimento ou aposentadoria (LANCMAN *et al*., 2007).

Como a demanda pelos serviços aumentou, pode estar ocorrendo uma diminuição da capacidade do serviço em atendê-la, dificultando o desenvolvimento da atividade dos trabalhadores e comprometendo a qualidade do atendimento oferecido (LANCMAN *et al*., 2007, p. 83).

Além disso, é possível verificar um quadro histórico de alto índice de absenteísmo, subnotificação de doenças ocupacionais e uma elevada rotatividade em muitas funções, com tendência de agravamento associado ao envelhecimento da força de trabalho. Apesar do avanço considerável de novas tecnologias e da incorporação de ferramentas informatizadas de gestão sobre as atividades

laborais, contata-se que esse progresso trouxe consigo consequências negativas no campo da saúde do trabalhador (PORTO, 2006).

Conforme advogam pesquisadores,

> "apesar de vivenciarem relações menos instáveis de trabalho (menor exposição ao risco de demissão sumária), os profissionais do setor público estão expostos a outras formas de instabilidade e precarização do trabalho, tais como: privatização de empresas públicas, seguidas de demissões; terceirização de setores dentro da empresa; deterioração das condições de trabalho e da imagem do trabalhador do serviço público; e responsabilização deles pelas deficiências dos serviços e por possíveis crises das instituições públicas, etc." (LANCMAN *et al*, 2007, p. 83).

Outra característica típica pela qual o serviço público é conhecido na sociedade é o seu excesso de burocracia, fenômeno tem como seu mais reconhecido teórico Max Weber, que abordou o instituto de uma perspectiva científica e imparcial (TENÓRIO, 1981).

A idealização da burocracia surgiu, então, como forma de se alcançar eficiência técnica e de evitar abusos discricionários (sem observância das normas) por parte dos agentes públicos. Isso não evitou, entretanto, que o tempo degenerasse as técnicas burocráticas em rotinas disfuncionais, além de seu significado político: alguns indivíduos se servem dela par afirmar-se no poder (TENÓRIO, 1981).

Apesar da ótica imparcial e científica de Weber, a burocracia passou a ser considerada como a origem de todos os problemas que impedem o funcionamento adequado, eficiente e eficaz, das organizações, tais como: o bloqueio e inibição da criatividade dos empregados, atraso na tomada de decisões importantes, aumento da papelada por meio da utilização de documentos desnecessários ou inúteis, dentre outros (NUNES e LINS, 2009).

Esse conjunto de características que definem o serviço público, como os aspectos intelectuais, aumento da capacidade de atendimento ao público e burocracia propiciam o favorecimento de diversas morbidades, principalmente as relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais. Uma pesquisa desenvolvida correlaciona a percepção de burocracia e o estresse ocupacional percebido (VIEIRA; BARROS; MARCHIORI, 2019).

1.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA MEDICINA DO TRABALHO PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

A relação entre o trabalho e a saúde/doença, constatada desde a Antiguidade e exacerbada a partir da Revolução Industrial nem sempre se constituiu em foco de atenção. Isso se deve ao fato de

que no trabalho escravo ou regime servil, inexistia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho, interpretado como instrumento de tortura, o "*tripalium*" (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Considerando os ambientes de trabalho intensamente incompatíveis à saúde dos trabalhadores, os empregadores perceberam a necessidade da presença de um médico nas fábricas, de forma a não deixar interromper o ritmo de produção. Surgia a Medicina do Trabalho, que se mantém suas bases até a atualidade: a busca da relação de causas das doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Assim, a Medicina do Trabalho, centrada na figura do médico, orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença, um agente etiológico. Já no âmbito do trabalho, vai refletir-se na propensão a isolar riscos específicos, atuando sobre suas consequências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde Ocupacional avança numa proposta interdisciplinar, com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho ao corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de riscos é considerado na produção da doença, e essa é avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (MENDES e DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Entretanto, os agentes/riscos ainda são assumidos como peculiaridades "naturais" de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam em sua origem, continuando, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho. As medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, em seu sentido mais amplo, acabam por restringir-se em intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Mendes e Dias (1991) elencam outros fatores da insuficiência da Saúde Ocupacional, sejam estes: i) o modelo mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo; ii) não concretiza o apelo à interdisciplinaridade, uma vez que as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada e dificultadas pelas lutas corporativas; iii) a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho; iv) o modelo, apesar de enfocar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como "objeto" das ações de saúde; e v) a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde.

No Brasil, a adoção e o desenvolvimento da saúde ocupacional deram-se tardiamente, estendendo-se em várias direções (MENDES; DIAS, 1991), situação agravada pela incapacidade do setor saúde do Estado em assumir seu papel de intervir no espaço do trabalho (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Essa tarefa, prevista na Reforma Carlos Chagas, de 1920 e interrompida com a criação, em 1930, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que passou a assumi-la, foi resgatada na Constituição de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8080, de 19/09/1990) (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

No final do século XX, reivindicações sociais no mundo questionaram o modelo da medicina ocupacional surgem, como forma de buscar melhores condições de trabalho, dentre eles, podem ser citadas (MENDES e DIAS, 1991):

- Maior desconfiança em relação aos procedimentos técnicos e éticos dos profissionais dos serviços de saúde ocupacional;
- Intensificação da participação do trabalhador em relação aos procedimentos consagrados pela saúde ocupacional, como o valor e ética de exames médicos pré-admissionais e periódicos, por vezes utilizados como instrumentos de discriminação;
- Crítica dos critérios de proteção da saúde do trabalhador que vigoraram nos países industrializados, como os "limites de tolerância" e "exposição segura" que fundamentaram a lógica da saúde ocupacional por mais de 50 anos.
- Adoção de novas tecnologias que acarretam em novos riscos à saúde, provocando deslocamento do perfil de morbidade;

Do intenso processo social de mudança, ocorrido no mundo ocidental nos últimos vinte anos, foram mencionados, anteriormente, alguns aspectos que, no âmbito das relações trabalho x saúde, conformaram a saúde do trabalhador, tendo como característica básica a de ser um campo em construção no espaço da saúde pública (MENDES E DIAS, 1991).

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho, bem como do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica (MENDES E DIAS, 1991).

A Saúde do Trabalhador no Brasil ganhou força a partir da década de 80, no contexto da transição democrática, e em sintonia com o que ocorreu no mundo ocidental. Esse novo enfoque expressou-se nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde e na realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, sendo decisivo para a mudança estabelecida na nova Constituição Federal de 1988 (OLIVEIRA, 2001).

1.3 SAÚDE DO TRABALHADOR E LEGISLAÇÃO CORRELATA

No âmbito do Brasil, a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 define a saúde do trabalhador como "um conjunto de atividades que se destinam, por meio da vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho" (BRASIL, 1990).

Dessa forma, cabe realçar a importância das políticas públicas na melhoria da saúde do trabalhador, uma vez que o art. 2º da referida lei preconiza que: "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício".

Além disso, temos, conforme §1º deste artigo,

> "o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1990).

De forma complementar, o §2º traz que "O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade". Sendo assim, todos colaboram a fim de atingir o objetivo em comum: a saúde do ser humano em sua condição de trabalhador na sociedade.

De acordo com a OMS (1999), uma doença ocupacional não é caracterizada meramente pela doença em si, mas por uma combinação de doença e exposição, bem como uma associação entre os dois.

Ainda no âmbito nacional, temos a lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

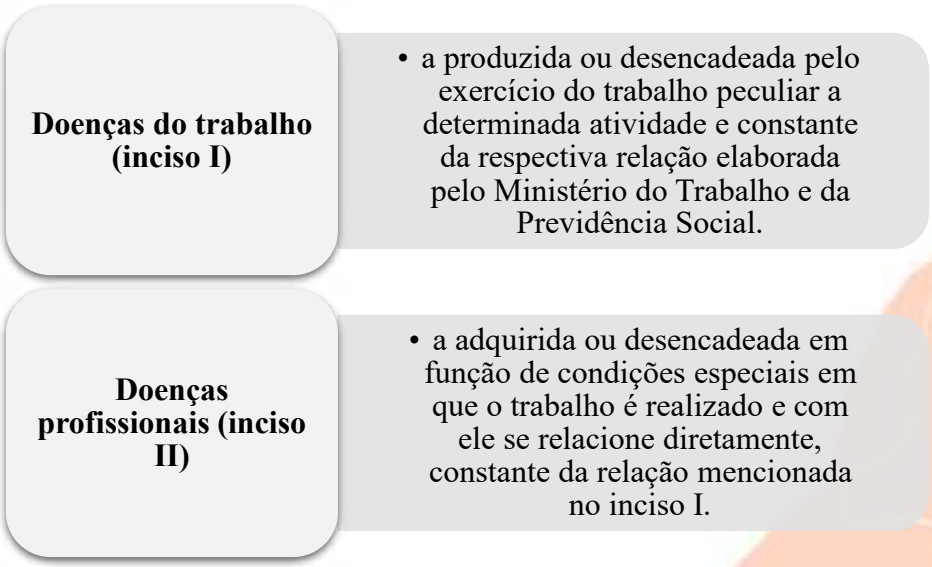
Em seu Art. 19, conceitua-se como Acidente do trabalho,

> "o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei,

> provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho" (BRASIL, 1991).

Em seguida, a referida lei, em seu art. 20º, conceitua doenças do trabalho e doenças profissionais:

Figura 1: Conceituação de doenças do trabalho e doenças profissionais, de acordo com a lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.



Fonte: Adaptado de Brasil (1991).

Em relação à Vigilância da Saúde, existe a Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde, que a define, em seu 1º parágrafo do art. 2º como:

> "processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças" (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

Já no campo da saúde mental, existe a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, e preconiza uma série de direitos a esses indivíduos, em seu artigo 2º:

> "ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

> ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental" (BRASIL, 2001).

A mesma Lei, no seu Art. 3º, estabelece a responsabilidade do Estado:

> "o desenvolvimento da política de saúde mental; a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais." (BRASIL, 2001).

Dentre as unidades de que oferecem o acolhimento para prestação de serviços de atenção à saúde mental, ressaltam-se as CAP's (Centros de Atenção Psicossocial), instituídas pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e categorizadas em níveis, de acordo com o nível de complexidade e abrangência populacional. Possuem como atribuições básicas:

> "atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social" (BRASIL, 2002).

1.3.1 Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal

O Governo Federal, por meio do Ministério do Planejamento, a partir dos anos 2000 vem empreendendo esforços no sentido resolver antigas questões relacionadas à saúde e segurança no trabalho no serviço público. Para tanto, em 2003 foi criada a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor e em 2006, o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal – SISOSP (BRASIL, 2010).

Entretanto, é a partir de dezembro de 2007 que se estabelece o compromisso de implementar uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal – PASS, sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, como uma rede de unidades e serviços e a garantia de recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos. Movimento que deu consequência à criação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS (BRASIL, 2010).

1.3.2 O Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

O Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS é um sistema estruturante de gestão de pessoas que tem a finalidade de articular os recursos existentes e propor medidas para a implementação das ações da PASS, tendo sido instituído pelo decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009 e tem como objetivo, de acordo com o Art. 2º desse decreto:

> "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, estabelecida pelo Governo" (BRASIL, 2009b).

O SIASS possibilita a articulação entre os diferentes órgãos da administração pública federal direta, autárquica e fundacional para a elaboração coletiva de normas, a potencialização das ações, a uniformização de procedimentos e a elaboração de projetos de formação e canais de comunicação (BRASIL, 2010).

O SIASS atua em três vertentes, através dos eixos instituídos pelo Art. 3º: assistência à saúde, perícia oficial; e promoção, prevenção e acompanhamento da saúde.

1.3.2.1 Assistência à saúde

O eixo da Assistência à Saúde conceitua-se como a provisão de recursos voltados para a reparação do estado de saúde, com a finalidade de manter ou restabelecer a saúde ou minimizar os danos decorrentes de enfermidades ou acidentes, sendo um benefício compartilhado entre a Administração Pública e o servidor, além do Sistema Único de Saúde – SUS. Fundamenta-se através de serviços articulados em rede, com suporte laboratorial e hospitalar capazes de responder de forma eficaz à demanda (BRASIL, 2010).

A oferta do benefício da saúde suplementar, destinada à assistência médico-odontológica, foi universalizada para os servidores federais e transformado em despesa orçamentária obrigatória, o que evita contingenciamentos (BRASIL, 2010).

A Portaria Normativa SRH nº 3, de 15 de setembro de 2009, regulamenta o benefício da saúde suplementar, e exige que as operadoras de planos de saúde ofereçam a cobertura mínima do rol de procedimentos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Paralelamente, a Portaria Conjunta SRH/SOF nº 1, de 29 de dezembro de 2009, estabelece os valores dos benefícios da saúde suplementar relacionando idade e remuneração (BRASIL, 2010).

O benefício busca a equidade, de forma que os servidores com menores salários e mais idosos recebem um per capita maior do governo do que aqueles com maiores salários e mais jovens (BRASIL, 2010).

1.3.2.2 Perícia oficial

As iniciativas na área pericial visam à uniformização de procedimentos, transparência dos critérios técnicos, eficiência administrativa, humanização no atendimento, racionalidade de recursos, bem como ao apoio multidisciplinar e às relações com as áreas da assistência e da promoção à saúde. Objetivam o retorno ao trabalho, preservado pelos preceitos éticos da relação entre o perito e o periciado (BRASIL, 2010).

A alteração na Lei nº 8.112/90 possibilitou a regulamentação das licenças de curta duração e a adoção de novos critérios para perícia singular, atuação de juntas oficiais, revisão das aposentadorias por invalidez, e a instituição da perícia odontológica, objetivando a qualificação da avaliação pericial, o controle gerencial, compartilhamento de responsabilidades, na busca de eficácia na concessão dos direitos aos servidores (BRASIL, 2010).

Apesar de inicialmente ser previsto que a força de trabalho do SIASS fosse composta exclusivamente por servidores públicos federais (BRASIL, 2009b), o decreto nº 7009, de 09 de novembro de 2009, já aumentava a margem para composição de força de trabalho no subsistema, considerando que nem todos os órgãos possuem peritos médicos disponíveis para o andamento de suas atividades:

> "(...) Inexistindo perito oficial, unidade de saúde do órgão ou entidade no local onde tenha exercício o servidor, o órgão ou entidade do servidor celebrará acordo de cooperação com outro órgão ou entidade da administração federal, ou firmará convênio com unidade de atendimento do sistema público de saúde ou com entidade da área de saúde, sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública" (BRASIL, 2009a).

Posteriormente, foi revogada a exigência de composição da perícia médica por servidores federais (BRASIL, 2019), provavelmente por alinhamento ao projeto político em andamento na época, que objetivava o enxugamento da máquina pública.

1.3.2.3 Promoção, prevenção e acompanhamento da saúde

Esse eixo tem como objetivo executar ações de vigilância e de promoção à saúde, que aprimorem ambientes e processos de trabalho e produzam impactos positivos sobre a saúde dos servidores federais, constituindo-se um grande desafio da política de atenção à saúde do servidor. A principal estratégia é aliar um sistema de vigilância epidemiológica, capaz de interpretar dados da saúde do servidor, juntamente com as ações de vigilância aos ambientes e aos processos de trabalho e com a negociação das prioridades estabelecidas nos locais de trabalho (BRASIL, 2010).

As ações fundamentam-se no conhecimento multidisciplinar e na participação dos servidores em todas as fases do processo de intervenção nos ambientes, para melhor entender a relação saúde-trabalho (BRASIL, 2010), sendo estas:

A Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS, instituída pela Portaria Normativa SRH nº 03, de 07 de maio de 2010, que define as diretrizes gerais para orientar as equipes de vigilância dos órgãos federais na avaliação e intervenção nos ambientes e processos de trabalho, bem como na realização das ações de promoção à saúde do servidor público federal (BRASIL, 2010).

O exame médico periódico, instituído pelo artigo 206-A da Lei nº 8.112, de 1990 e regulamentado pelo Decreto nº 6.856/2009, permite avaliar a condição de saúde dos servidores e detectar precocemente doenças relacionadas ou não ao trabalho, por meio dos exames clínicos e avaliações laboratoriais. A avaliação baseia-se nos fatores de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e psicossociais a que estão expostos os servidores nas diversas atividades exercidas. Já a realização dos exames médicos possibilita a consolidação de informações para o perfil epidemiológico dos servidores federais (BRASIL, 2010).

Os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental, instituídos pela Portaria SRH nº 1.261, de 04 de maio de 2010, visam oferecer aos servidores públicos federais, em particular profissionais de saúde e gestores de pessoas, um conjunto de parâmetros e diretrizes para nortear a elaboração de projetos e a consecução de ações de atenção à saúde mental (BRASIL, 2010).

A criação de uma rede que articule os projetos de promoção à saúde e de qualidade de vida, que sejam compatíveis com os conceitos, princípios e diretrizes da PASS, possibilita a articulação de ações isoladas e pontuais em projetos coletivos enriquecidos por experiências, que estimulem a participação dos servidores e envolvam gestores públicos (BRASIL, 2010).

Posteriormente, através da Portaria Normativa nº 3, de 25/03/2013, a Secretária de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão instituiu as diretrizes gerais de promoção

da saúde dos servidores públicos federais, tendo por objetivos o estímulo à oferta de ações de educação e promoção da saúde e promoção da saúde; a oferta de trabalho saudáveis, com o envolvimento dos funcionários e dos gestores; a melhoria na compreensão nos processos de melhoria da saúde e adoecimento dos servidores; a intervenção nas determinantes do processo saúde e doença; e a contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos servidores (BRASIL, 2013).

1.4 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID

Considerando a multiplicidade, bem como o avanço da comunidade médica na sistematização de seu conhecimento ao longo do tempo, uma classificação internacional de patologias, capaz de ser compreendida ao redor do mundo mostrou-se uma como um caminho viável para melhorar as condições de trabalho (LAURENTI, 1991), bem como na elaboração de políticas públicas.

As classificações de doenças ocupacionais têm sido desenvolvidas principalmente para dois propósitos: inspeções laborais, através de vigilância e notificação; e compensação para fins de previdências sociais (OMS, 1999).

Segundo Laurenti (1991, p. 408), “Uma classificação de doenças é um sistema que agrupa as doenças análogas, semelhantes ou afins, segundo uma hierarquização ou eixo classificatório”. Nesse sentido, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) surgiu da necessidade médica de categorizar e sistematizar, de forma abrangente, os grupos de doenças.

Laurenti (1991, p. 408) complementa: “uma classificação estatística de doenças implica, portanto, um conjunto de grupos de diagnósticos ou doenças, visto que o interesse principal são os agrupamentos e não os casos individualizados como em uma nomenclatura”.

Para os fins desta pesquisa, será utilizada a CID-10, vigente até 2021. De acordo com a OMS (2021), a partir de 1º de janeiro de 2022, é previsto que a comunidade médica internacional utilize oficialmente a CID-11, adotada em maio de 2019 na septuagésima segunda assembleia da OMS.

A tabela 1, abaixo, representa uma sistematização dos grupos de CID e seus significados, que contribuirá na análise e discussão das informações desenvolvidas através da coleta de dados.

Tabela 1 - Lista tabular da Classificação Internacional das Doenças (CID)

CID	REFERÊNCIA
A00 - B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
C00 - D48	Neoplasias (Tumores)
D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos homeopáticos e alguns transtornos imunitários
E00 - E99	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
F00 - F99	Transtornos mentais e comportamentais
G00 - G99	Doenças do sistema nervoso
H00 - H59	Doenças do olho e anexos
H60 - H95	Doenças do ouvido e da apófise mastoide
I00 - I99	Doenças do aparelho respiratório
J00 - J99	Doenças do aparelho respiratório
K00 - K93	Doenças do aparelho digestivo
L00 - L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
M00 - M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
N00 - N99	Doenças do aparelho geniturinário
O00 - O99	Gravidez, parto e puerpério
P00 - P96	Algumas afecções originadas do período perinatal
Q00 - Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
R00 - R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificadas em outra parte
S00 - T98	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas
V01 - Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade
CID	**REFERÊNCIA**
Z00 - Z99	Fatores que influenciam no estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Fonte: adaptado de ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1980).

É importante frisar que o código de CID U é de caráter especial e temporário, utilizado para classificar novas doenças.

A discussão do conjunto de circunstâncias que criam um ambiente de trabalho adoecedor é complexa, uma vez que na realidade é necessário trabalhar com tempo e recursos limitados, além de uma análise de interação humana subjetiva entre subordinados e chefes, equipe de trabalho e divisão adequada de tarefas. Entretanto, demonstra-se evidente a busca constante por caminhos para construção de formas de trabalho que preservem a saúde humana.

Por um período muito longo na história, o trabalho esteve essencialmente ligado a um fardo, punição e a saúde do trabalhador sequer era considerada (MINAYO-GOMEZ E THEDIM-COSTA, 1997). Foram necessários incontáveis movimentos e pleitos civis para a criação de previsões legais de proteção à saúde laboral, de forma a garantir a crescente melhoria nos níveis de cobrança governamentais e início da construção de espaços laborais seguros e menos adoecedores.

2 METODOLOGIA

Verificou-se através do SIASS – Governador Valadares quais foram as instituições federais que participaram do acordo de cooperação técnica entre 2017 a 2021, bem como as demais instituições que recorrentemente foram atendidas pelo subsistema, ainda que não houvessem aderido formalmente ao acordo.

O sistema utilizado pelo SIASS permite que sejam gerados relatórios de quantidade de dias de afastamento por classes de morbidade, conforme trazido pela Classificação Internacional de Doenças (CID), bem como o número de registros de afastamentos por CID. Para os fins desta pesquisa, foi adotada a CID-10, vigente até 2021 e demonstrada de forma integrada aos resultados da pesquisa. Foi possível também aplicar filtros por órgão, período, gênero, faixa etária e tipo de perícia, que se subdivide em área médica e área odontológica, sendo que a perícia odontológica permaneceu fora da análise dessa pesquisa.

Qunto ao número de servidores por gênero e faixa etária das instituições, após constatado que essas informações não estavam disponíveis publicamente nos sítios institucionais, foi realizada essa demanda através do Sistema de Informações ao Cidadão (SIC). Entretanto, mesmo após a realização da consulta pelo SIC, algumas entidades alegaram sigilo aos dados, tendo sido optado por continuar essa coleta de dados sem esse material.

Com o objetivo de verificar a associação estatística entre as variáveis analisadas, foi utilizado o teste de aderência Qui-Quadrado de Pearson pelo programa Excel. A relação de dependência foi testada para as variáveis tempo de afastamento e gênero; e também para as variáveis número de afastamentos; faixa etária e gênero.

Para verificação de associação estatística entre as variáveis total de dias de afastamento e gênero, foram considerados os cenários de inclusão e exclusão do CID O. Em ambos os casos, o nível de significância adotado foi de 5%, com grau de liberdade igual a 4.

Os critérios de inclusão foram todos os servidores vinculados aos órgãos e autarquias federais que participaram do acordo de cooperação técnica com o SIASS de Governador Valadares, durante o período de 2017 a 2021 e que foram atendidos por esse subsistema.

Os critérios de exclusão foram servidores vinculados aos órgãos e autarquias federais que não utilizaram significativamente o atendimento dessa instituição. Sendo assim, servidores federais de duas outras autarquias que frequentemente utilizaram a unidade do SIASS dessa cidade no período estudado, com uma quantidade maior ou igual a 15 atendimentos, mas que não participaram do acordo

de cooperação técnica também foram incluídos. Afastamentos que não estiveram relacionados às licenças médicas da própria saúde, como acompanhamento de pessoa da família, ou atendimento odontológico também foram desconsiderados da coleta de dados.

Coletaram-se, no total, dados de 12 instituições federais: dez dessas instituições participaram do acordo de cooperação técnica e duas não participaram, porém utilizaram o SIASS com uma frequência maior ou igual a quinze atendimentos, conforme critério estabelecido previamente. Os relatórios obtidos foram trabalhados de forma a não permitir a identificação dos sujeitos envolvidos, garantindo o anonimato e o sigilo de informações sensíveis.

Participaram do acordo de cooperação técnica com o SIASS-GV, entre 2017 a 2021 as seguintes instituições: o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais - campus Governador Valadares, a Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares, o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, a Delegacia da Receita Federal, a Fundação Nacional do Índio, a Superintendência Regional da Polícia Federal, o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE, a Superintendência da Polícia Rodoviária Federal, a Superintendência do Ministério da Saúde e Advocacia Geral da União - AGU.

Não participaram do acordo, porém houveram mais de 15 atendimentos de servidores lotados nas instituições do Departamento Nacional do Trânsito - DNIT e Ministério do Trabalho e Previdência, portanto, foram incluídos na coleta de dados.

3 ANÁLISE DE DADOS

O tratamento dos dados foi realizado através da aplicação da estatística descritiva, analisando os dias de afastamentos dos servidores através da distribuição de frequências. Os dados foram tabulados e processados pelo software Excel e analisou-se os grupos de doenças que mais geraram dias de afastamentos.

Foi aplicado o teste estatístico de aderência Qui-quadrado de Pearson para a análise das variáveis, sendo uma técnica usualmente adotada para análises que envolvam parâmetros qualitativos. A análise de dados foi realizada considerando a inclusão e exclusão do grupo de CID O, referentes às morbidades por gravidez, parto e puerpério, uma vez que esse grupo de doenças é exclusivo do gênero feminino e tiveram grande relevância nas observações obtidas.

4 RESULTADOS

Na tabela 2, a seguir, é mostrado o número total de dias de afastamentos por ano e por grupo de CID para todas as instituições analisadas, referente a ambos os gêneros de servidores. Esse tipo de categorização permite analisar a evolução do grupo de CID ao longo do período analisado:

Tabela 2. Total de dias de afastamentos homologados pelo SIASS-GV, por CID, para todas as instituições e gêneros, seus percentuais relativos e acumulados, entre 2017 e 2021

Nº de afastamentos por Grupo de CID - ambos os gêneros	Descrição da CID	Número de dias de afastamento	% Relativo
F00 - F99	Transtornos mentais e comportamentais	11480	33,53
M00 - M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4314	12,60
C00 - D48	Neoplasias (Tumores)	4252	12,42
S00 - T98	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	3301	9,64
O00 - O99	Gravidez, parto e puerpério	1735	5,07
K00 - K93	Doenças do aparelho digestivo	1676	4,90
Z00 - Z99	Fatores que influenciam no estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1461	4,27
A00 - B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	997	2,91
J00 - J99	Doenças do aparelho respiratório	840	2,45
I00 - I99	Doenças do aparelho respiratório	792	2,31
H00 - H59	Doenças do olho e anexos	779	2,28
U00 - U99	Códigos para propósitos especiais	657	1,92
R00 - R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	519	1,52
G00 - G99	Doenças do sistema nervoso	515	1,50
N00 - N99	Doenças do aparelho geniturinário	433	1,26
E00 - E99	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	249	0,73
L00 - L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	158	0,46
H60 - H95	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	24	0,07
D50 - D89	Doenças do sangue e dos órgãos homeopáticos e alguns transtornos imunitários	19	0,06
V00 - Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade	18	0,05
Q00 - Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	16	0,05
P00 - P96	Algumas afecções originadas do período perinatal	0	0

Fonte: Próprios autores (2024).

O grupo de CID F, referente aos afastamentos ligados aos transtornos mentais e comportamentais representou 33,53% dos afastamentos do período, ou 11480 dias, sendo o mais expressivo. As licenças concedidas decorrentes desse grupo de morbidade totalizaram 290 registros.

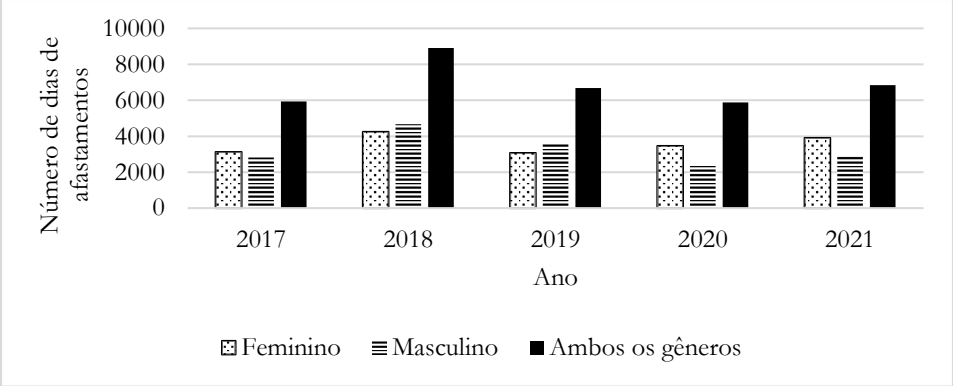
O grupo de CID M, ligado às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo atingiu o percentual de 12,60% do total de afastamentos, ou 4314 dias, seguido pelo grupo de CID C00-D48,

de neoplasias (tumores), com representação de 12,42% das ausências para tratamento da saúde, ou 4252 dias. Juntos, estes três representam mais da metade de todos os afastamentos, com alcance da marca de 58,55%, ou 20.046 dias.

Os grupos de CID D50 - D89 (Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários); CID V, W, X (Causas externas de morbidade e de mortalidade) e grupo de CID Q (Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas) foram os grupos com menores representações nos números totais de afastamentos. Somados, totalizaram 53 dias de afastamentos, ou 0,16% do número total de afastamentos de todas as instituições, para todos os gêneros.

É importante observar que o grupo de CID U - Códigos para propósitos especiais, cujos afastamentos foram decorrentes apenas da COVID-19, vírus identificado, surgiu apenas em 2021, representando 657 dias de afastamentos, ou 1,92% do total.

Gráfico 1. Quantidade de dias de afastamentos homologados pelo SIASS-GV, por ano e por gênero, entre 2017 e 2021



Fonte: próprios autores (2024)

Comparando-se os dias de afastamentos decorrentes por cada gênero, percebe-se que servidores do sexo feminino tiveram uma participação ligeiramente maior, representando um percentual relativo de 51,91% nos dias de afastamentos.

Entretanto, ao ser desconsiderado o grupo de CID O, ou seja, os afastamentos exclusivos do gênero feminino, morbidades decorrentes de gravidez, parto e puerpério, é possível perceber que o gênero masculino participaria mais nos dias de afastamentos: esse representaria um percentual relativo de 50,66% nos dias de afastamentos, sugerindo que as morbidades relacionadas ao grupo de CID O impactam significativamente nos afastamentos femininos. A tabela 3, abaixo, sintetiza ambos os cenários de inclusão e exclusão do grupo de CID O:

Tabela 3. Número de dias de afastamentos homologados pelo SIASS-GV, por gênero dos servidores, considerando cenários de inclusão e exclusão do CID O, entre 2017 e 2021

		Masculino	Feminino
Inclusão CID O	Quantidade de dias	16464	17771
	Percentual relativo	48,09	51,91
Exclusão CID O	Quantidade de dias	16464	16036
	Percentual relativo	50,66	49,34

Fonte: próprios autores (2024)

Em relação às faixas etárias dos servidores afastados, nos cenários de inclusão e exclusão do grupo de CID O, detectou-se uma discreta redução no número de registros nas faixas etárias, porém com manutenção dos grupos etários mais relevantes, para ambos os gêneros.

Nos afastamentos do gênero feminino foi possível observar que o intervalo etático de 41 a 50 anos ainda foi o mais expressivo, caracterizando 33,11% dos afastamentos, enquanto em relação aos afastamentos masculinos, o grupo de servidores com idade entre 41 a 50 anos destacou-se, representando 27,70% dos afastamentos para tratamento da própria saúde. Em ambos os gêneros, essa faixa etária foi predominante.

Através dos relatórios foi possível também analisar o comportamento etário por grupo de CID. Foi possível perceber que em ambos os gráficos a faixa etária mais representativa foram de servidores entre 41 a 50 anos, apesar de os intervalos etários menos representativos variarem entre si.

5 DISCUSSÃO

O total de dias ausentes para todas as instituições foi de 34235 dias, durante o período de 2017 a 2021. Este número significativo chama a atenção, uma vez que corresponde a cerca de 19 funcionários afastados integralmente durante o período de 5 anos.

De forma geral, foi possível perceber que a maior parte dos afastamentos foi decorrente do gênero feminino, representando 51,67% do total de dias de afastamentos, com servidores de idade entre 41 a 50 anos, exprimindo 30,42% dos afastamentos por esta faixa etária e as morbidades decorrentes dos transtornos mentais e comportamentais, referente grupo de CID F, totalizou 33,50% das licenças.

Analisando os afastamentos exclusivos por gênero, percebe-se que excluindo o grupo de CID O, morbidades decorrentes de gravidez, parto e puerpério, e comparando-se apenas os grupos de morbidades comuns a ambos os gêneros, a quantidade de dias de afastamentos por mulheres demonstrou-se menor do que os dos homens. Com a retirada desse grupo de CID, o total de dias de afastamentos resultou em 32500 dias, um número 5,06% menor em comparação à inclusão de todas as morbidades. Procedendo-se essa diferenciação, os afastamentos das servidoras resultaram em 49,34% do total de dias de afastamentos, em detrimento do total de 50,66% dos homens.

Essa consideração se faz importante, uma vez que o estudo deseja saber os fatores de risco em comum a ambos os gêneros, sendo importante levar em conta que o grupo de CID O acomete apenas um grupo do universo da pesquisa.

O teste estatístico de aderência Qui-Quadrado de Pearson com valor igual a 355,76 e, portanto, muito maior do que o nível de significância de 0,05 aponta para existência de correlação entre o total de dias de afastamento e gênero, ou seja, o gênero da população analisada tem ifluência nos afastamentos.

Esse mesmo teste foi aplicado para verificação de associação entre faixa etária, número de afastamentos e gênero dos servidores, resultando no valor de 19,57, valor acima do nível de significância de 5%. Esse valor corrobora com a hipótese de que ações direcionadas para determinados grupos etários e gêneros podem ter uma eficácia maior na busca pela diminuição do absenteísmo.

Os testes foram reaplicados após ter sido retirada a categoria de morbidades de CID O, permanecendo os valores encontrados acima do nível de significância. Sendo assim, ao se desconsiderar os afastamentos exclusivos do gênero feminino, houve subsídios que indicam a associação entre gênero e quantidade de dias de afastamentos; bem como correlação entre faixa etária, gênero e número de registros de afastamentos.

A análise dos dias de afastamentos por ano para todas as instituições demonstra que não houve melhora significativa na redução dos índices de absenteísmo por licenças médicas. Além disso, a pandemia pelo coronavírus pode ter influenciado nas reduções parciais, uma vez que houve recomendações governamentais de se procurar atendimento médico somente em casos estritamente necessários, devido à superlotação de leitos e riscos de contaminação pelo vírus covid-19.

Durante a condução da pesquisa, foi realizada uma consulta às instituições federais em relação a quantidade de servidores do gênero masculino e feminino, bem como quantidade de servidores por faixa etária, de forma a possibilitar uma analise mais profunda em relação aos dados encontrados.

Entretanto, obteve-se retorno apenas parcial dos dados solicitados, o que inviabilizou uma melhor compreensão do fenômeno estudado.

5.1 INFLUÊNCIA DO GÊNERO NOS AFASTAMENTOS

A crescente proporção de mulheres na força de trabalho levanta uma série de questões relacionadas ao gênero, como por exemplo os diferentes efeitos dos riscos relacionados ao trabalho em homens e mulheres. Preocupações se expressam sobre os diferentes efeitos de exposição a substâncias perigosas, ou os efeitos de agentes biológicos sobre a saúde reprodutiva, as exigências físicas de trabalho pesado, o design ergonômico locais de trabalho e a duração diária do trabalho, especialmente quando os deveres domésticos também devem ser levados em consideração (AL-TUWAIJRI *et al*., 2008).

É compreensível que haja uma maior participação dos afastamentos por parte das mulheres, uma vez que há uma expectativa e uma pressão da sociedade para que as mulheres atuem como cuidadoras e exerçam dupla jornada de trabalho, tanto na esfera doméstica, quanto na profissional. Esse estilo de cultura pode levar a uma sobrecarga de atividades e, consequentemente, ao adoecimento, fazendo com que as servidoras procurem os serviços de saúde com maior frequência que os homens (ARAÚJO, 2012).

Em estudos de pesquisa em Saúde e Segurança do Trabalho, a epidemiologia ocupacional deve ser suficientemente sensível para capturar quaisquer disparidades baseadas em gênero. Atualmente, existe uma escassez de informações sobre os diferentes riscos relacionados ao gênero de exposição a certos produtos químicos, a materiais genéticos cultivados e colhidos em laboratórios, ou a medicamentos com novas propriedades genéticas, todos podem ter diferentes efeitos a longo prazo na saúde de mulheres e homens (AL-TUWAIJRI *et al*., 2008).

Além disso, está se tornando claro que grupos de doenças vinculados ao sistema reprodutivo, até então de origens inexplicáveis, estão tendo um impacto em determinadas populações trabalhadoras. Entretanto, as possíveis causas ocupacionais ainda são inexploradas e pesquisas são necessárias para investigar as ligações entre tais doenças e exposições ocupacionais (AL-TUWAIJRI *et al*., 2008).

A pandemia causada pelo coronavírus também revelou discrepâncias ainda presentes referentes à inserção das mulheres no mercado de trabalho.

Em um relatório publicado pela OIT (2022), verificou-se que a diferença de gênero nas horas trabalhadas permanece grande, apesar dos progressos em países de alta renda. A recuperação

econômica dos países não reduziu significativamente a diferença de gênero em horas trabalhadas no emprego, que já era considerável antes, e foi ampliado ainda mais, durante a crise.

Embora certo progresso tenha sido feito em reduzir a diferença de horas trabalhadas em países de alta renda, as mulheres globalmente passam 18,9 horas semanais no emprego, ou 57% da média de horas trabalhadas por homens (33,4 horas) (OIT, 2022).

5.2 INFLUÊNCIA DA IDADE NOS AFASTAMENTOS

O envelhecimento é, em grande parte, um desafio do mundo contemporâneo, afetando tanto os países ricos quanto os países pobres, ainda que de forma diferente e específica para cada sociedade, cultura e contexto socioeconômico (FRANCO e SILVA, 2009).

Diversos estudos associam o aumento da tendência de afastamentos conforme a idade (SILVA, 2010; MARMOT *et al*., 1995; SILVA *et al*., 2012). Apesar da faixa etária de 41 a 50 anos não pertencer ao conjunto de servidores com idade mais avançada, ou seja, dos funcionários com idade maior que 60 anos, o resultado encontrado revelou que essa faixa etária, intermediária, foi a mais participativa nos afastamentos da população estudada.

O envelhecimento é um processo individual relacionado à genética e ao estilo de vida, combinados com o impacto das condições de trabalho. Com a idade há uma progressiva diminuição da função cardiovascular e pulmonar, renal e endócrina, o sistema imunológico pode ser um pouco prejudicado. Os sentidos, como audição, visão, e o paladar também são afetados (AL-TUWAIJRI *et al*., 2008). O envelhecimento funcional tem seu início a partir de 45 anos, quando a capacidade funcional do indivíduo para a execução de determinadas tarefas começa a diminuir (SILVA, 2010).

Os trabalhadores mais velhos também têm frequentemente uma ou mais doenças ou distúrbios médicos crônicos, como hipertensão, doença pulmonar ou cardíaca crônica e diabetes, distúrbios neurológicos, entre outros que impactam no desempenho funcional, com consequente impacto na segurança. O processo de envelhecimento também pode ser acelerado por condições inadequadas de trabalho, como movimentação manual de cargas pesadas, trabalhos por turnos, condições insalubres de trabalho, exposição excessiva ao ruído, horas de trabalho atípicas ou mudanças recorrentes na organização do trabalho (AL-TUWAIJRI *et al*., 2008).

No entanto, as competências, a experiência e a maturidade dos trabalhadores mais velhos compensam parcialmente o seu declínio de saúde. Estudos mostram que os trabalhadores mais velhos

são mais dedicados ao local de trabalho, têm menos faltas por doença e permanecem em mais tempo em seus empregos (AL-TUWAIJRI *et al*., 2008).

Os trabalhadores mais velhos também têm muito a oferecer aos seus empregadores como resultado de sua experiência, conhecimento e habilidades e, em vez de discriminá-los com base na idade, eles podem continuar sendo ativos valiosos, desde que resguardadas a sua segurança e saúde nos seus últimos anos de trabalho. Sistemas de gestão relacionados à saúde e segurança no trabalho e programas de treinamento para trabalhadores mais velhos devem ser considerados, levando em consideração os fatores elencados previamente (AL-TUWAIJRI *et al*., 2008).

Para as servidoras pertencentes a faixa etária de 40 a 49 anos, estes afastamentos podem estar associados também às alterações hormonais nas mulheres, características deste período (SILVA *et al*., 2012).

Fatores sociodemográficos estão relacionados ao absenteísmo em uma extensão relativamente grande. Os trabalhadores jovens estão mais ausentes do que os mais velhos. Com o aumento da idade, as ausências curtas tendem a diminuir e as longas a aumentar (BEHREND e POCOCK, 1976 apud KALIMO; EI-BATAWI; COOPER, 1987). O número de filhos que os trabalhadores têm e as creches disponíveis são fatores determinantes adicionais, principalmente entre as mulheres (NYMAN e RAITASALO, 1978 apud KALIMO; EI-BATAWI; COOPER, 1987).

5.3 AFASTAMENTOS PELOS GRUPOS DE MORBIDADES MAIS RELEVANTES

Os tópicos a seguir têm como objetivo discutir os efeitos e propostas de intervenções relacionadas às três maiores causas de morbidades de afastamentos encontradas na pesquisa.

5.3.1 Afastamentos por transtornos mentais

O resultado encontrado referente ao grupo de CID F ser o predominante, vai ao encontro de diversos resultados achados em outras pesquisas: os registros oficiais, no Brasil, têm revelado que durante a primeira década do século XXI houve uma ascensão de acidentes de trabalho e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, e, a partir de 2007, também dos distúrbios psíquicos (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Em uma pesquisa que analisou a tendência de afastamentos de servidores públicos pertencentes a duas secretarias estaduais de Santa Catarina, entre 1995 a 2005, coletando dados de 40.370 afastamentos, e concluiu-se que os principais motivos foram, em primeiro lugar, os transtornos mentais

e comportamentais (25,30%), seguido das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (20,54%) e logo após, pelos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (15,16%) (CUNHA; VERA; BOING, 2009).

Em outro estudo realizado no estado de Alagoas, no ano de 2009, 8.249 servidores públicos estaduais foram afastados das atividades laborais por diversas causas. Desses afastamentos, 1.668 (20,2%) mostraram-se decorrentes dos transtornos mentais e comportamentais, representados na CID-10 pelas doenças do código F (SILVA *et al*., 2012).

Já no Ceará, durante o período de setembro de 2009, foi constatado que das 8.174 licenças por doenças ocorridas no mês entre os servidores civis e militares, 2.460 se enquadravam no CID F. "Assim, os transtornos mentais e comportamentais corresponderam a 30,1% de todos os episódios de afastamentos motivados por doenças" (NOGUEIRA *et al*., 2009, p. 9).

Em Tocantins, entre 2011 e 2013, foi verificado que os afastamentos gerados por transtornos mentais, registrados no SiapeSaúde (sistema de registro de perícias e atestados), representaram uma proporção de 29,2% de todos os afastamentos de servidores federais nesse estado (OLIVEIRA; BALDAÇARA; MAIA, 2015).

Conforme advogam os pesquisadores:

> "apesar de alarmantes, os números de casos de transtornos mentais apresentados neste estudo não representam a totalidade de casos existentes no serviço público federal do Tocantins; a grande maioria sequer chega a ser registrada, especialmente devido ao receio da exposição e à existência de uma cultura preconceituosa consolidada nos próprios ambientes de trabalho" (OLIVEIRA; BALDAÇARA; MAIA, 2015, p. 167).

A predominância dos afastamentos por transtornos mentais e comportamentais no âmbito do serviço público federal se apresenta como realidade, decorrente dos seguintes fatores: "o modelo técnico-burocrático em si e a relação de poder da divisão de trabalho (verticalizada); o estereótipo do servidor público federal, caracterizado pela morosidade; e a saúde individual afetada, no âmbito mais amplo do termo" (NUNES e LINS, 2009, p. 63).

Em relação às instituições que possuem servidores ocupantes de cargos de professores, já são relativamente reconhecidos os riscos de transtornos mentais entre essa classe, oriundos das condições estressantes de trabalho, principalmente referente à violência nas escolas, conflitos com alunos e pais de alunos, sobrecarga de trabalho e à dinâmica exaustiva da sala de aula (NOGUEIRA *et al*., 2009).

Além disso, os professores na atualidade devem se ocupar com uma série de atividades para as quais nem sempre está preparado e recebendo apoio suficiente, o que os fazem atingir os estados emocionais típicos do *burnout* e depressão (CARLOTTO, 2002; NOGUEIRA *et al*., 2009; OIT, 1991; TAVARES; FERREIRA; MACIEL, 2008), avolumando o número de afastamentos por transtornos mentais.

A síndrome de *burnout*, ou Síndrome do Esgotamento Profissional é definida como um estado físico e mental de profunda extenuação, desenvolvida em decorrência de exposição significativa a situações de alta demanda emocional no ambiente de trabalho: razão pela qual se aproxima semanticamente, no inglês, de vocábulos ou expressões como *overwork, exhaustion, be used up, suffer overexhaustion*, os quais expressam a ideia de exaustão ou extenuação (MENDANHA; BERNARDES; SHIOZAWA, 2018).

A tabela 4, abaixo, compara as taxas de afastamento decorrentes do CID F, encontrada nesta pesquisa com outras já desenvolvidas. Ressalta-se que as morbidades correspondentes aos transtornos mentais e comportamentais também figuraram como a causa mais significativa de afastamentos para estes servidores.

Tabela 4 - Comparação entre percentual de representação de licenças médicas decorrentes do CID F entre pesquisas, em períodos diversos

Participantes da pesquisa	**Localidade**	**Percentual do CID F**	**Período analisado**
Servidores federais atendidos pelo SIASS	Governador Valadares – MG	33,53	2017 a 2021
Servidores civis e militares	Ceará	30,1	Setembro de 2009
Servidores públicos federais	Tocantins	29,2	2011 e 2013
Servidores de secretarias do estado	Santa Catarina	25,3	1995 a 2005

Fonte: próprio autor (2023).

As propostas de intervenção para promoção da saúde do trabalhador são diversas. Sato (1996) propõe que as estratégias de intervenções na saúde do trabalhador devem ser construídas levando-se o conhecimento da equipe de trabalho, detentora de seu conhecimento específico do campo de atuação, juntamente com o conhecimento científico: Medicina, Ergonomia, Engenharia, Psicologia, dentre outras áreas do conhecimento.

As ideias de Sato (1996) vão ao encontro das defendidas por Lamontagne *et al*. (2014), que advogam que uma abordagem integrada à saúde mental no local de trabalho combina os pontos fortes da medicina, saúde pública, e psicologia e tem o potencial de otimizar a prevenção e o gerenciamento de problemas de saúde mental no local de trabalho.

Os autores argumentam que as intervenções no local de trabalho para promoção da saúde mental evoluíram relativamente de forma independente com base em três principais tópicos e possuem duas principais premissas: a de uma alta prevalência de distúrbios mentais e comportamentais na população trabalhadora; e de que as condições de trabalho são fatores de risco modificáveis, o que implica na necessidade de integração das linhas de intervenção para alcançar maiores resultados em saúde mental. O quadro 1 sintetiza as ideias dos autores:

Quadro 1: Tipos de abordagens individuais e integrada para saúde mental no trabalho.

Abordagens individuais (tópicos)	**Descrição**
1: Reduzir os fatores de risco no trabalho para proteger a saúde mental.	Pode ser subdividido em três níveis: as intervenções primárias objetivam reduzir os fatores estressores do trabalho ao modificar o trabalho ou seu ambiente; as intervenções secundárias são direcionadas ao trabalhador, que visam alterar como os funcionários respondem aos aspectos estressores do trabalho, usualmente com estratégias para lidar ou suportar os estressores; já as intervenções em nível terciário buscam tratar os funcionários afetados e apoiar reabilitação e retorno ao trabalho.
2: Desenvolver os aspectos positivos do trabalho e habilidades do trabalhador para promover a saúde mental.	Intervenções que visam identificar e aprimorar forças e boas práticas, ao invés de procurar o que está "errado" no indivíduo, grupo ou organização. Os resultados positivos esperados incluem bem-estar subjetivo, capital psicológico, saúde mental positiva, envolvimento do empregado e atributos organizacionais positivos, como liderança autêntica, cultura de apoio e capital social no trabalho.
3: Resolver as questões de saúde mental entre os trabalhadores, independente da causa.	São programas no local de trabalho que visam abordar problemas de saúde mental e geralmente usam a psicoeducação, que busca desenvolver habilidades de intervenções e incentivos antecipados para procura de ajuda. Outras estratégias focam na cultura organizacional e o estigma sobre saúde mental.
Abordagem integrada	**Descrição**
Integração das abordagens individuais	Uma característica definidora da abordagem integrada é a natureza de reforço mútuo dos três segmentos. Enquanto o foco do primeiro segmento visa identificar e abordar fatores que podem prejudicar a saúde mental dos funcionários – e, portanto, incentiva os empregadores a cumprir suas responsabilidades em fornecer um ambiente de trabalho seguro e saudável, o objetivo geral do segundo segmento é promover as características que podem fortalecer a saúde individual e organizacional, podendo aprimorar os níveis de bem-estar psicológico. O terceiro segmento pode complementar os dois primeiros de várias maneiras, ao promoverem conhecimento e conscientização em saúde mental.

Fonte: adaptado de Lamontagne *et al*., (2014).

O aumento da capacidade de acesso aos programas de promoção à saúde e atendimento psicossocial, entre os afastados e aqueles que ainda não se afastaram, de forma a atuar preventivamente, é de grande valor para a diminuição desses índices. O aumento de oferta de ações de conscientização sobre assédio moral, mesas de discussão sobre tópicos relevantes e recorrentes em saúde mental, como ansiedade e depressão também podem contribuir positivamente.

Outros estudos sugerem que a implantação de um programa de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é uma alternativa interessante para melhoria dos fatores psicossociais dos trabalhadores em relação ao local de trabalho e representa, de acordo com Chiavenato (2009), o grau em que os membros da organização são capazes de satisfazer suas necessidades pessoais através de sua atividade na organização.

Ainda conforme Chiavenato, a qualidade de vida no trabalho envolve um conjunto de fatores, como:

> "a satisfação com o trabalho executado, possibilidades de futuro na organização, reconhecimento pelos resultados alcançados, o salário percebido, benefícios auferidos, relacionamento humano dentro do grupo e da organização, ambiente psicológico e físico de trabalho, liberdade de decidir, possibilidades de participar e coisas assim" (CHIAVENATO, 2009, p. 352).

Silva (2013, p. 14) complementa ao afirmar que "a QVT tem o objetivo de melhorar a relação do indivíduo com o trabalho, gerando também mais produtividade". No estudo desenvolvido por este autor, foi possível identificar as dimensões que mais impactam na percepção dos funcionários em relação ao seu trabalho, possibilitando maior nível de consciência para a empresa e fornecendo subsídios para tomadas de decisões administrativas.

A implantação de um programa de QVT eficaz impacta diretamente no absenteísmo, uma vez que esse está fortemente ligado a baixos níveis de satisfação no trabalho: quanto mais insatisfeitas as pessoas estão com seus empregos, maior a probabilidade de se ausentarem do trabalho (GREENBERG, 2011).

Outra forma de atuação, especialmente para aqueles servidores vinculados às atividades administrativas, essencialmente burocráticas, é a reformulação e redesenho das atribuições de cada cargo, com o objetivo de promover o enriquecimento do trabalho, além de promover a adaptação das exigências do cargo às habilidades do trabalhador (HACKMAN e OLDHAM, 1976).

A necessidade de intervenções breves, de baixo custo, facilmente disseminâveis e eficazes para promover estilos de vida saudáveis é elevada, sendo particularmente relevantes para os profissionais de saúde mental (RILEY *et al*., 2017).

Outros autores sugerem que os métodos de intervenção para estresse de professores tradicionalmente se enquadram em quatro categorias principais, conforme o quadro abaixo (VON DER EMBSE *et al*., 2019):

Quadro 2: Tipos de intervenções para controle de estresse em professores no ambiente escolar.

Tipo de intervenção	Descrição da intervenção
Intervenções baseadas em conhecimento (IBC)	As IBC's para estresse do professor incluem treinamento informativo ou psicossocial para professores. Esses tipos de intervenções normalmente não incluem a prática de controle sobre um componente fisiológico ou de bem-estar para reduzir o estresse. A IBC pode ser eficiente, econômica e fácil de administrar dentro de um paradigma tradicional de treinamento em um ambiente escolar.
Intervenções Comportamentais (IC)	Enquanto as IBC's se concentram em treinamento e educação, as IC's incorporam a prática de uma habilidade ou estratégia definida para reduzir o estresse do professor. As intervenções de estresse do professor baseadas no comportamento incluem a prática de meditação e relaxamento (ANDERSON *et al*., 1999). Embora cada IC se concentre em uma técnica diferente, todas envolvem a prática regular para reduzir o estresse.
Intervenção cognitivo-comportamental (ICC)	A ICC é a combinação das IBC's e IC's, ou seja, tem como base que o treinamento e prática geram oportunidades mais abrangentes para o gerenciamento do estresse do professor e serve como base para estratégias inovadoras para gerenciar o estresse no local de trabalho.
Atenção plena (*mindfulness*)	A atenção plena toma estratégias cognitivas e comportamentais e se concentra no processo de sentir e pensar, e não no conteúdo do pensamento (RILEY *et al*., 2017). Consciência fisiológica dos indicadores de estresse e aceitação sem julgamento são componentes-chave das estratégias de atenção plena (HOFMANN *et al*., 2010).

Fonte: adaptado de (ANDERSON *et al*., 1999; HOFMANN *et al*., 2010; RILEY *et al*., 2017; VON DER EMBSE *et al*., 2019).

Ligações entre a saúde mental e comportamental do aluno e o estresse do professor foram observadas em certos estudos. O ambiente escolar geral pode ser um domínio particularmente importante para apoiar os esforços de redução do estresse focados no professor, dadas as ligações entre as pressões ambientais e o bem-estar do professor (BARR, 2002).

Considerando que os psicólogos escolares procuram apoiar a saúde mental dos alunos, parcela significativa dos usuários dos serviços de algumas das instituições, o fornecimento conjunto de serviços de apoio para o bem-estar dos professores pode ser um passo importante (VON DER EMBSE *et al*., 2019).

No Brasil, um estudo (SOUZA e BERNARDO, 2019), fundamentado em diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), elencou intervenções institucionalizadas: os grupos psicossociais; o

incentivo às associações e organizações coletivas dos trabalhadores; a vigilância em Saúde do Trabalhador; e o apoio matricial em saúde do trabalhador como ações eficazes na melhoria da resistência dos trabalhadores e a preservação da saúde mental.

O quadro 3 apresenta a conceituação dessas propostas de intervenções em saúde mental no trabalho:

Quadro 3: Intervenções em Saúde Mental no Trabalho.

Grupos psicossociais	Incentivo às associações e organizações coletivas	Vigilância em Saúde do Trabalhador	Apoio matricial em Saúde do Trabalhador
Estimulam os trabalhadores a discutir e compreender suas condições de vida, de trabalho e de saúde. Evita o isolamento, proporciona o compartilhamento de experiências e potencializa o enfrentamento das dificuldades encontradas na realidade social e de trabalho.	Desenvolvimento de associações que reivindiquem, na justiça, reparações dos danos provocados pelo trabalho à saúde e/ou à dignidade dos trabalhadores, considerando esses movimentos como uma interessante saída coletiva para amenizar as perdas vivenciadas nos ambientes de trabalho.	Previnem o adoecimento e promovem a saúde, buscando no local de trabalho os elementos que podem prejudicar a saúde dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).	Capacitação dos profissionais de saúde em relação às suas responsabilidades e possibilidades de ações.

Fonte: adaptado de (SOUZA e BERNARDO, 2019)

Entretanto, cabe realçar o fato de que ainda que haja cobertura universal de assistência à saúde no Brasil, são reconhecidas suas deficiências relativas à estrutura, atendimento e devido acolhimento de pessoas com morbidades. Mostra-se evidente a necessidade de uma reestruturação e investimento na rede de saúde pública.

O contexto brasileiro atual, que é marcado pela contrarreforma do Estado, tem dilapidado a política de saúde e o campo de saúde mental, álcool e outras drogas. Os avanços alcançados historicamente, sobretudo com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que partiram de uma perspectiva de direitos, de saúde universal e de outras pautas, estão sendo, desde o governo Dilma, e, mais incisivamente, no decorrer do governo Temer, desmontados por alterações nas legislações sobre as temáticas. São modificações que vêm ganhando amplo espaço, também, no governo de Jair Bolsonaro, iniciado em 2019 (FARIAS, 2019).

Considerando o contexto apresentado, as intervenções em saúde mental no trabalho demonstram-se cada vez mais urgentes. Adicionalmente, ressalta-se que a mitigação dos afastamentos

por transtornos mentais e comportamentais podem influenciar na diminuição das taxas de afastamento decorrentes por outros grupos de doenças, incluindo os distúrbios musculoesqueléticos e neoplasias.

5.3.2 Afastamentos decorrentes de distúrbios musculoesqueléticos

Um estudo (DA SILVA; DA SILVA; GONTIJO, 2017) verificou que fatores psicossociais, como o estresse, contribuem para o DORT em homens, aumentando a chance de sintomas no joelho. Nas mulheres, a insatisfação no trabalho contribui para o DORT, aumentando a chance de dor no cotovelo.

A verificação do grupo de CID M – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo figurar como a segunda maior causa dos afastamentos corrobora com resultados encontradas em outras pesquisas, uma vez que no Brasil têm se constituído uma das principais causas das doenças ocupacionais nos últimos ano (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006; ROCHA, 2012).

Já há certo tempo, sabe-se que o desenvolvimento de distúrbio musculoesquelético é multicausal, sendo imprescindível a avaliação dos fatores de risco a ele relacionado, direta ou indiretamente (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O estilo de vida do homem moderno, sempre ocupado em demasiadas tarefas, em diversos níveis de suas esferas de atuação, leva a uma sobrecarga, que poderá causar um desequilíbrio no organismo deixando-o mais suscetível ao desenvolvimento de distúrbios osteomusculares e suas sequelas (ROCHA, 2012).

A área de atuação da ergonomia, de acordo com o momento em que é feita, classifica-se em concepção, correção, conscientização (WISNER, 1987) e participação.

O pesquisador Ichiro Iida (2005, p. 14-15) explicita a abrangência de cada tipo de intervenção ergonômica:

Quadro 4: Tipos de intervenções ergonômicas no local de trabalho.

Tipo de ergonomia	Descrição
Ergonomia de concepção	A ergonomia de concepção ocorre quando a contribuição ergonômica se faz durante o projeto do produto, da máquina, ambiente ou sistema. Esta é a melhor situação, pois as alternativas poderão ser amplamente examinadas, mas também se exige maior conhecimento e experiência, porque as decisões são tomadas com base em situações hipotéticas, ainda sem uma existência real.
Ergonomia de correção	A ergonomia de correção é aplicada em situações reais, já existentes, para resolver problemas que se refletem na segurança, fadiga excessiva, doenças do trabalhador ou quantidade e qualidade da produção. Muitas vezes, a solução adotada não é completamente satisfatória, pois ela pode exigir custo elevado de implantação.

Ergonomia de conscientização	A ergonornia de conscientização procura capacitar os próprios trabalhadores para a identificação e correção dos problemas do dia-a-dia ou aqueles emergenciais. Muitas vezes, os problemas ergonômicos não são completamente solucionados; nem na fase de concepção e nem na fase de correção. Além do mais, novos problemas poderão surgir a qualquer momento, devido à própria dinâmica do processo produtivo.
Ergonomia de participação	A ergonomia de participação procura envolver o próprio usuário do sistema, na solução de problemas ergonômicos. Este pode ser o trabalhador, no caso de um posto de trabalho ou consumidor, no caso de produtos de consumo. Esse princípio é baseado na crença de que eles possuem um conhecimento prático, cujos detalhes podem passar desapercebidos ao analista ou projetista. Além disso, muitos sistemas ou produtos não são operados na forma "correta", ou seja, como foi idealizada pelos projetistas.

Fonte: (IIDA, 2005).

Uma vez que a maior parte das instituições estudadas já possui suas próprias instalações físicas, as intervenções ergonômicas relacionadas à conscientização e participação podem ser as mais viáveis de serem implementadas, uma vez que envolvem menores custos e não implicam em reformulação do ambiente de trabalho.

Outros pesquisadores apontam a ginástica laboral como uma boa opção de implementação nas instituições para redução dos afastamentos por distúrbios musculoesqueléticos. Essa prática pode ser definida como uma gama de exercícios físicos de curta duração elaborados especificamente para serem executados no ambiente de trabalho de forma moderada, sistemática e frequente, de acordo com as características e necessidades específicas de cada grupo de trabalhadores (ROCHA, 2012).

Este conjunto de exercícios promove também o bem-estar físico e psíquico dos funcionários através da movimentação corporal (REZENDE, 2017), não sobrecarrega e não leva o funcionário ao cansaço, porque é leve e de curta duração (LIMA, 2009).

A contratação de profissionais para atuar de forma intermitente no ambiente de trabalho pode ajudar significativamente a reduzir os afastamentos decorrentes de LER e Dort.

Outros autores explicam que a Terapia Manual é um termo usado para se referir principalmente a terapeutas como osteopatas, fisioterapeutas, quiropraxistas e massoterapeutas, sendo que estes profissionais da saúde se concentram em trabalhar o sistema musculoesquelético com técnicas especializadas que visam reduzir a dor, melhorar os movimentos e estimular o fluxo sanguíneo (SANTOS e MENDES, 2020).

Ainda conforme os autores, os terapeutas manuais treinados podem desempenhar um papel importante na saúde ocupacional, colocando-os em uma posição única para ajudar os empregadores e funcionários por meio de intervenções multidisciplinares no trabalho e programas preventivos, como educação em ergonomia adequada, tratamento manual no trabalho, prevenção de desordens

musculoesqueléticas, exercício terapêutico e programas de retorno ao trabalho (SANTOS e MENDES, 2020).

Os pesquisadores complementam, ao afirmar que os trabalhadores que sofrem de doenças musculoesqueléticas crônicas têm também uma probabilidade comprovadamente alta de ficarem deprimidos ou terem problemas relacionados à ansiedade, pelo fato de não conseguirem abordar adequadamente o dor que sentem (SANTOS e MENDES, 2020).

As vantagens para empregadores e trabalhadores de terem acesso rápido e fácil aos serviços de saúde ocupacional parecem ser inequívocas. A relação custo-benefício desse investimento em terapia no local, educação do trabalhador e tratamento preventivo é aparentemente maior do que o ônus econômico do absenteísmo, presenteísmo e os riscos associados às morbidades decorrentes dos transtornos mentais e comportamentais, como depressão e ansiedade (SANTOS e MENDES, 2020).

Os estudos demonstram, em síntese, que diversas propostas de intervenções que podem se adequar mais, ou menos, de acordo com a aceitação do perfil dos funcionários; engajamento da instituição; e pela própria natureza multifacetada das enfermidades.

5.3.3 Afastamentos decorrentes de neoplasias

O enfretamento do diagnóstico do câncer na população mais idosa está associado com maiores índices de transtornos mentais (HEMIKSSON *et al*., 1995), que eventualmente podem incorrer em maiores de tentativas de suicídio (DOS SANTOS, 2017; RIPAMONTI *et al*., 1999).

Apesar da incidência deste grupo de doenças ter sido mais relevante na faixa etária de 41 a 50 anos nos resultados encontrados, esse fenômeno é relativamente esperado, uma vez que o número de erros genéticos aumenta significativamente conforme a idade.

Um estudo conduzido por Foster e Fenlon (2011) discutiu as experiências compartilhadas por pacientes acometidos por câncer e trouxe à tona seus relatos de como o tratamento afetou suas vidas, impedindo-os de dormir, viajar, dirigir, fazer compras, participar de atividades recreativas.

Relacionada a essa falta de independência estava a preocupação com a forma como o tratamento do paciente com câncer mudou. Os participantes relataram “perda de poder”, de não “estar no controle”, de se sentirem “anormais”, como se “não existissem” (FOSTER e FENLON, 2011).

O apoio da família, amigos e colegas de trabalho se mostra particularmente relevante para os servidores acometidos por essas doenças, pois conforme explicitado por Santos:

> “Embora estudos tenham demonstrado que em cerca da metade dos suicídios consumados por pacientes com câncer estava presente um quadro de depressão maior, há vários outros fatores relevantes que devem ser considerados, tais como a presença de ansiedade, a qualidade do apoio social e os sentimentos de impotência e desmoralização, que podem estar interligados com as manifestações de desesperança, angústia e solidão” (SANTOS, 2017, p. 3063).

Pesquisadores realizaram uma triagem de mais de 19.000 resumos, e encontraram apenas treze intervenções em autocuidado para idosos com câncer, apesar de o câncer ser mais comum nesse grupo etário (HAASE *et al*., 2021).

As intervenções consideradas eficazes incluíram aquelas realizadas por profissionais de saúde (tanto enfermeiros quanto membros da equipe multidisciplinar), com múltiplos momentos de interação com os pacientes ao longo do tempo e o uso de vários modos de interação combinados (PATERSON; PRIMEAU; NABI, 2018), por exemplo, planos de autocuidado (VALENTA *et al*., 2022), vídeos e cartilhas (SUN *et al*., 2017), ou acompanhamento de profissionais de enfermagem (MIASKOWSKI *et al*., 2004), baseado em um programa de saúde estruturado.

Esses achados se encaixam com pesquisas anteriores, relatando que as intervenções que utilizam múltiplas modalidades podem ser mais eficazes, pois os indivíduos podem escolher qual modo de intervenção é mais adequado para eles. Essas abordagens para criar e fornecer intervenções para idosos podem ser mais eficazes, principalmente porque alguns idosos podem estar altamente familiarizados com a tecnologia e ter altos níveis de alfabetização, enquanto outros podem preferir mais apoio presencial (HAASE *et al*., 2021).

Essas pesquisas também podem apontar pontos fortes associados às abordagens orientadas para o paciente, nas quais os idosos estão envolvidos no início, desenvolvimento e teste de tais intervenções para garantir que elas atendam às necessidades da população-alvo (HAASE *et al*., 2021).

Por fim, investimentos governamentais em educação mostram-se como um ótimo plano à longo prazo na redução do acometimento de câncer, uma vez que foi verificado que as taxas de morte por câncer diminuem para parcelas de população com mais de 13 anos de formação escolar, enquanto permanecem as mesmas para indivíduos com 12 anos, ou menos de adesão educacional (JEMAL *et al*., 2009), provavelmente associados a uma vigilância maior em prevenção, detecção e tratamento precoce em indivíduos com maior tempo de escolarização.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação da sociedade do trabalho no Brasil foi marcada pela desvalorização da saúde do trabalhador, repreensão de sindicatos e baixa valorização da educação e capacitação profissional, que contribuíram em grande parte para o agravamento de morbidades relacionadas ao trabalho e para o absenteísmo. Entretanto, a discussão sobre saúde ocupacional é um tema relativamente recente nas políticas públicas e por vezes, não levado efetivamente à sério, sobretudo quando outros aspectos como custos, investimentos e impactos decorrentes dos afastamentos são colocados em pauta.

Os resultados encontrados revelam que as mulheres, ainda que culturalmente exerçam jornadas e papéis adicionais na sociedade, afastam-se numa quantidade menor de dias do que em relação aos homens, uma vez desconsiderado os afastamentos decorrentes de determinado grupo de CID, específico do gênero feminino. Ainda assim, políticas específicas de proteção de saúde de ambos os gêneros se demonstram necessárias, uma vez que cada CID impacta diferentemente de acordo com o gênero.

Fatores fisiológicos como a idade também devem ser levados em consideração, uma vez que o comportamento dos afastamentos varia significativamente conforme se analisa diferentes faixas etárias. Os gestores e líderes devem considerar esse aspecto, uma vez que os contextos de saúde pessoal e família variam significativamente de acordo com o servidor e sua idade.

Considerando que os transtornos mentais lideraram o grupo de morbidades mais significativo dos afastamentos, é interessante que sejam criadas mais políticas públicas de saúde mental relacionada ao trabalho. Além disso, culturalmente ainda existe uma tendência de menosprezo pelos aspectos relacionados à saúde mental, mesmo com as perspectivas de transformação do trabalho de cada vez menos manual para mais mental.

O serviço público, ainda que proporcione prerrogativas maiores de segurança e estabilidade no cargo, tem apresentado um crescimento nos números de registros de licenças médicas e deficiências na atenção adequada à saúde mental relacionada ao trabalho, o que revela que ainda há muito a ser feito para melhoria dos índices de afastamento e aposentadorias precoces.

É necessário a discussão e o aumento de ofertas das ações promotoras da saúde, uma vez que além das perdas de diversas perspectivas como produtividade, aumento de trabalho para a equipe, custos com o funcionário ausente, há uma quebra de confiança em relação à sociedade, pois há o desejo de que os impostos utilizados para a manutenção do funcionalismo público sejam bem utilizados.

Por fim, demonstra-se evidente a necessidade de um maior investimento no SIASS, que possibilitará mais ações de saúde, garantindo sua funcionalidade completa exigida na legislação. Sendo assim, o caminho para melhor oferta de ações relacionadas à promoção da saúde permeia por melhoria nos investimentos financeiros e integração das ações governamentais.

REFERÊNCIAS

AHN, S. **CONSTRUCTION WORKERS' ABSENCE BEHAVIOR UNDER SOCIAL INFLUENCE**. 2014.

AL-TUWAIJRI, SAMEERA. *et al*. **Beyond death and injuries: the ILO's role in promoting safe and healthy jobs**. [*s.l.*] ILO, 2008.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. 2006.

ANDERSON, V. L. *et al*. **The Effects of Meditation on Teacher Perceived Occupational Stress, State and Trait Anxiety, and BurnoutSchool Psychology Quarterly**. [*s.l: s.n.*], 1999.

ARAÚJO, J. P. **AFASTAMENTO DO TRABALHO: Absenteísmo e presenteísmo em uma Instituição Federal de Ensino Superior**. [*s.l: s.n.*], 2012.

BADUBI, R. M. A Critical Risk Analysis of Absenteeism in the Work Place. **JOURNAL OF INTERNATIONAL BUSINESS RESEARCH AND MARKETING**, v. 2, n. 6, p. 32–36, 2017.

BARLOW, J. *et al*. **Self-management approaches for people with chronic conditions: a review**. [*s.l: s.n.*], 2002.

BARR, M. F. **Fostering student achievement: A study of the relationship of Fostering student achievement**. [*s.l: s.n.*], 2002.

BEHREND, H. **La ausencia voluntaria del trabajo**. [*s.l: s.n.*]. Disponível em: <https://ilo.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay/alma992386523402676/41ILO_INST:41ILO_V2>. Acesso em: 6 abr. 2022.

BLANK, T. O.; BELLIZZI, K. M. **A gerontologic perspective on cancer and aging**. **Cancer**, 1 jun. 2008.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 set. 2021

BRASIL. **Lei 8213, de 24 de julho de 1991**. 24 jul. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 25 set. 2021

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 8 jul. 2022

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 7003, de 09 de novembro de 2009.** 2009. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7003.htm>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. **Decreto 6833, de 29 de abril de 2009**. 29 abr. 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm>. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **SIASS: Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor**. Brasília - DF: [*s.n.*], 2010.

BRASIL. **Portaria Normativa nº 3 de 2013 SEGEP/MPOG**. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 10087, de 05 de novembro de 2019**. [*s.l: s.n.*], 2019.

BRINER, R. B. ABC of Work Related Disorders: ABSENCE FROM WORK. **BMJ**, v. 313, n. 7061, p. 874–877, 5 out. 1996.

CAMPOS, I. C. M. **Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho de servidores públicos estaduais**. [*s.l: s.n.*], 2006.

CARLOTTO, M. S. **A síndrome de burnout e o trabalho docente. Psicologia em estudo**. [*s.l: s.n.*], 2002.

CASELLI, M.; FRACASSO, A.; TRAVERSO, S. Robots and risk of COVID-19 workplace contagion: Evidence from Italy. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 173, 1 dez. 2021.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos: o capital humano nas organizações**. [*s.l.*] Elsevier, 2009.

ČIKEŠ, V.; RIBARIĆ, H. M.; ČRNJAR, K. **The determinants and outcomes of absence behavior: A systematic literature review**. **Social Sciences**MDPI AG,24 jul. 2018.

CLEGG, C. W. **Psychology of Employee Lateness, Absence, and Turnover: A Methodological Critique and an Empirical Study Journal of Applied Psychology**. [*s.l: s.n.*], 1983.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 588, DE 12 DE JULHO DE 2018**. [*s.l: s.n.*].

CUNHA, J. B.; VERA, L. G. B.; BOING, A. F. **Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). Rev Bras Epidemiol**, 2009.

DA SILVA, D. O. **Fatores Associados à ocorrência e duração dos afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma instituição federal de ensino superior na Bahia**. Salvador - Bahia: [*s.n.*], 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10324/1/77777777777777.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2022.

DA SILVA, J. M. N.; DA SILVA, L. B.; GONTIJO, L. A. **Relationship between psychosocial factors and musculoskeletal disorders in footwear industry workers**. Production, v. 27, 2017.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**. [*s.l: s.n.*], 1994. Disponível em: <www.atlasnet.com.br>.

DOS SANTOS, M. A. **Câncer e suicídio em idosos: Determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção**. Ciencia e Saude Coletiva, v. 22, n. 9, p. 3061–3075, 2017.

EHRENBERG, R. G. *et al*. **SCHOOL DISTRICT LEAVE POLICIES, TEACHER ABSENTEEISM, AND STUDENT ACHIEVEMENT**. NBER WORKING PAPER SERIES, 1989.

FARIAS, L. L. **Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil**. Argumentum, v. 11, n. 3, p. 47–66, 2019.

FERREIRA, P. C.; VELOSO, F. **O Desenvolvimento Econômico Brasileiro no Pós-Guerra**. 2005.

FOSTER, C.; FENLON, D. **Recovery and self-management support following primary cancer treatment**. British Journal of Cancer, v. 105, p. S21–S28, 8 nov. 2011.

FRANCO, A. N.; DA SILVA, J. C. P. **ANTROPOMETRIA ESTÁTICA DE INDIVÍDUOS DA TERCEIRA IDADE**. 2009.

GANDINI, S. *et al*. Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. **International Journal of Cancer**, v. 122, n. 1, p. 155–164, 1 jan. 2008.

GARRIDO, G. *et al*. Metrics of presenteeism and its relations with cooperation: An empirical evidence. **Revista de Administracao Mackenzie**, v. 20, n. 2, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GONÇALVES DE FREITAS, L.; FACAS, E. P. **Vivências de prazer-sofrimento no contexto de trabalho dos professores. Experiences pleasure-suffering in the context of teachers' work.** [s.d.], 2013.

GOODMAN, P. S.; ATKIN, R. S. **Effects of Absenteeism on Individuals and Organizations**. [*s.l: s.n.*], 1984.

GREENBERG, J. **Behavior in Organisations**. 10ª ed. [*s.l: s.n.*], 2011.

GROVE, J. **Teachers and lecturers 'do most unpaid overtime'**. Disponível em: <https://www.timeshighereducation.com/news/teachers-and-lecturers-do-most-unpaid-overtime/2011698.article#survey-answer>. Acesso em: 2 maio. 2022.

HAASE, K. R. *et al*. **Systematic review of self-management interventions for older adults with cancer**. **Psycho-Oncology**John Wiley and Sons Ltd, , 1 jul. 2021.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. **Motivation through the Design of Work: Test of a Theory**. [*s.l: s.n.*]. Acesso em: 3 jul. 2022.

HASSANEIN, R. A. A. *et al*. Artificial Neural Network for Predicting Workplace Absenteeism. **International Journal of Academic Engineering Research**, v. 4, n. 9, p. 62–67, 2020.

HEMIKSSON, M. M. *et al*. **Mental disorders in cancer suicidesJournal of Affective Disorders**. [*s.l: s.n.*], 1995.

HEMP, P. **Presenteeism: At Work—But Out of It,** 2004. Disponível em: <https://hbr.org/2004/10/presenteeism-at-work-but-out-of-it>. Acesso em: 12 jul. 2022.

HIBBARD, J. H. *et al*. Do Increases in Patient Activation Result in Improved Self-Management Behaviors? **Health Services Research**, v. 42., p. 1443–1463, 2007.

HOFMANN, S. G. *et al*. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 78, n. 2, p. 169–183, abr. 2010.

IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. 2ª ed. [*s.l: s.n.*], 2005.

INGERSOLL, R. **Teacher Turnover and Teacher Shortages: An Organizational Analysis. Retrieved from Reprinted fromAmerican Educational Research Journal, Fall**. [*s.l.*] Publisher, 2001. Disponível em: <https://repository.upenn.edu/gse_pubshttps://repository.upenn.edu/gse_pubs/94URL:http://hdl.library.upenn.edu/1017/13673>.

IRAWANTO, D. W.; NOVIANTI, K. R.; ROZ, K. **Work from home: Measuring satisfaction between work–life balance and work stress during the covid-19 pandemic in Indonesia**. Economies, v. 9, n. 3, 1 set. 2021.

JEMAL, A. *et al*. Cancer Statistics, 2009. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 59, n. 4, p. 225–249, 1 jul. 2009.

JOHNS, G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. **Journal of Organizational Behavior**, v. 31, n. 4, p. 519–542, maio 2010.

KALIMO, R.; EI-BATAWI, M. A.; COOPER, C. L. **PSYCHOSOCIAL FACTORS AT WORK AND THEIR RELATION TO HEALTH**. Genebra: [*s.n.*], 1987.

KREITZMAN, L. **PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD ASISTENCIA SANITARIA**. [*s.l: s.n.*], 1998.

KUHN, K. G. *et al*. Evaluation and outcome of behavioural changes in the rehabilitation of cancer patients: A review. **European Journal of Cancer**, v. 41, n. 2, p. 216–224, 2005.

LAMONTAGNE, A. D. *et al*. **Workplace mental health: developing an integrated intervention approach**. [*s.l: s.n.*], 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/131>.

LANCMAN, S. *et al*. O trabalho na rua e a exposição à violência no abalho na rua e a exposição à violência no trabalho: abalho: um estudo com agentes de trânsito. **Inteface - Comunic. Saúde, Educ.**, v. v. 11, p. 79–92, 2007.

LAURENTI, R. **NOVOS ASPECTOS DA SAÚDE PÚBLICA/RECENT ASPECTS OF PUBLIC HEALTH**. [*s.l: s.n.*], 1991.

LIMA, V. A. DE. **Efeitos de um programa de exercícios físicos no local de trabalho sobre a flexibilidade e percepção de dor musculoesquelética entre trabalhadores de escritório**. [*s.l: s.n.*], 2009.

MACIEL, L. R. R.; ARAÚJO, R. R. DE. **A ADMINISTRAÇÃO E A GESTÃO DE PESSOAS COMO FERRAMENTAS DE HUMANIZAÇÃO DO CAPITALISMO**. [*s.l: s.n.*], 2008.

MAGNAGO, T. S. B. DE S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. **TRABALHO DA ENFERMAGEM E DISTÚRBIO MUSCULOESQUELÉTICO: REVISÃO DAS PESQUISAS SOBRE O TEMA**. p. 560–565, 2008.

MARMOT, M. *et al*. **Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study Epidemiology and Community Health**. [*s.l: s.n.*], 1999.

MÁXIMO, W. **Em dois meses, 107 milhões de pessoas pediram auxílio emergencial**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-06/em-dois-meses-107-milhoes-de-brasileiros-pediram-auxilio-emergencial>. Acesso em: 22 ago. 2022.

MEHMET C, K.; BRYAN, T. G.; LYNCH, S. Effects of Absenteeism on Company Productivity, Efficiency, and Profitability. **Business and Economic Research**, v. 8, n. 1, p. 115, 2 jan. 2018.

MENDANHA, M. H.; BERNARDES, P. F.; SHIOZAWA, P. **Desvendando o burn-out: uma análise interdisciplinar da síndrome do esgotamento profissional**. [*s.l: s.n.*], 2018.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas.** [*s.l: s.n.*], 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. [*s.l: s.n.*], 1991.

MESSITE, J.; WARSHAW, L. J. **PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD ASISTENCIA SANITARIA**. [*s.l: s.n.*], 1998.

MIASKOWSKI, C. *et al*. **Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management**. Journal of Clinical Oncology, v. 22, n. 9, p. 1713–1720, 2004.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. DA F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. [*s.l: s.n.*], 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento prevenção de lesão por esforços repetitivos : distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho**. [*s.l.*] Ministério da Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. [*s.l: s.n.*], 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROMOÇÃO DA SAÚDE APROXIMAÇÕES AO TEMA**. [*s.l: s.n.*], 2021. v. Caderno 1

MORAES, W. R. A.; NEVES, L. M. T.; ALCÂNTARA, R. C. C. **Musculoskeletal symptoms and presentism among professionals of public health management of Belem-PA, Brazil**. ABCS Health Sciences, v. 46, 20 jul. 2021.

MUCHINSKY, P. M. **Employee Absenteeism: A Review of the LiteratureJournal of Vocational Behavior**. [*s.l: s.n.*], 1977.

NOGUEIRA, C. V. *et al*. **Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos do estado do Ceará**. 2009.

NUNES, A. V. DE L.; LINS, S. L. B. **Servidores Públicos Federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho**. [*s.l: s.n.*], 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v9n1/v9n1a04.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2022.

OECD. **Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work**. [*s.l.*] OECD, 2015.

OIT. **Joint ILO/UNESCO committee of experts on the application of the recommendation conceiving the status of teachers**. [*s.l: s.n.*], 1991.

OIT. **International training compendium on labour statistics. Module 1, Statistics of employment, unemployment, underemployment : Economically active population**. [*s.l.*] International Labour Office, 2003.

OKAMOTO, I.; WRIGHT, D.; FOSTER, C**. Impact of cancer on everyday life: A systematic appraisal of the research evidence**. Health Expectations, v. 15, n. 1, p. 97–111, mar. 2012.

OLIVEIRA, B. R. G. DE. **ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇA OCUPACIONAL: ESTUDO SOBRE O CONHECIMENTO DO TRABALHADOR HOSPITALAR DOS RISCOS À SAÚDE DE SEU TRABALHO**. [*s.l: s.n.*], 2001.

OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. Z. B. **Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 40, n. 132, p. 156–169, dez. 2015.

OMS. **Ottawa Charter for Health Promotion**. [*s.l: s.n.*], 1986.

OMS. **COMPREHENSIVE MENTAL HEALTH ACTION PLAN.** 2013 - 2030. 2021a.

OMS. **History of ICD**. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Acesso em: 25 set. 2021b.
OMS. **Musculoskeletal conditions**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>. Acesso em: 10 jul. 2022c.

OMS. **Mental health: strengthening our response**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 9 jul. 2022a.

OMS. **Self-care interventions for health**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>. Acesso em: 9 jul. 2022b.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10) in occupational health**, 1999. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66100/WHO_SDE_OEH_99.11.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 set. 2021

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **ILO Monitor on the world of work. Ninth edition.** [*s.l: s.n.*], 2021. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_845642.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão**. [*s.l: s.n.*], 1980. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70943/ICD_10_1980_v1_pt_1.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 8 jun. 2022.

PATERSON, C.; PRIMEAU, C.; NABI, G. **A pilot randomised controlled trial of a multimodal supportive care (ThriverCare) intervention for managing unmet supportive care needs in men with metastatic prostate cancer on hormonal treatment and their partner/caregivers**. European Journal of Oncology Nursing, v. 37, p. 65–73, 1 dez. 2018.

PEREIRA, A. C. L. *et al*. Fatores de riscos psicossociais no trabalho: limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020a.

PEREIRA, A. C. L. *et al*. Fatores de riscos psicossociais no trabalho: limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020b.

PORTER, L. W. *et al*. **ORGANIZATIONAL, WORK, AND PERSONAL FACTORS IN EMPLOYEE TURNOVER AND ABSENTEEISM 1Psychological Bulletin**. [*s.l: s.n.*], 1973.

PORTO, M. A. **A Qualidade de Vida no trabalho do servidor público da administração estadual e o papel do gerente de recursos humanos**. [*s.l: s.n.*], 2006.

REZENDE, J. A. **GINÁSTICA LABORAL: uma análise do ambiente de trabalho enquanto espaço de saúde e produtividade no setor sucroenergético na Microrregião Geográfica de Ituiutaba (MG)**. [*s.l: s.n.*], 2017.

RIDLEY, M. *et al*. **Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms**. **Science.** American Association for the Advancement of Science, 11 dez. 2020.

RILEY, K. E. *et al*. Improving physical and mental health in frontline mental health care providers: Yoga-based stress management versus cognitive behavioral stress management. **Journal of Workplace Behavioral Health**, v. 32, n. 1, p. 26–48, 2 jan. 2017.

RIPAMONTI, C. *et al*. Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. **Lancet**, v. 354, n. 9193, p. 1877–1878, 27 nov. 1999.

ROBERT L. MATHIS E JOHN H. JACKSON. **Human Resource Management**. 20. ed. [*s.l: s.n.*], 2006.

ROCHA, A. A. **Motivação à prática regular de ginástica laboral**. Porto Alegre - RS.: [*s.n.*], 2012.

RUMSCHLAG, K. E. **Teacher Burnout: A Quantitative Analysis of Emotional Exhaustion, Personal Accomplishment, and Depersonalization International Management Review**. [*s.l: s.n.*], 2017.

SANTANA, M. A. **A construção da sociedade do trabalho no Brasil: uma investigação sobre a persistência secular das desigualdades**. [*s.l: s.n.*]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/BZwWGV3TqCYkTNcBm9BBYqb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SANTOS, M. R. DOS; MENDES, C. Manual therapy and its role in occupational health: Reducing absenteeism and presenteeism by treating chronic pain with spinal manipulation and mobilization in the workplace. **European Journal of Integrative Medicine**, v. 35, 1 abr. 2020.

SATO, L. **As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador Palavras-chave Saúde Ocupacional; Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde Pública; Representação Social**. [*s.l: s.n.*], 1996.

SELIGMANN-SILVA, E. **O trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo - SP: [*s.n.*]. 2011.

SHANDIZI, A. H. H. **PREDICTION OF PILOT'S ABSENTEEISM IN AN AIRLINE COMPANY**. [*s.l: s.n.*], 2014.

SHARON KALETA; EDWARD ANDERSON. **Here Today, Gone Tomorrow: Employee Absence And The Evaporating Workforce,** 2003. Disponível em: <https://www.propertycasualty360.com/2003/10/28/here-today-gone-tomorrow-employee-absence-and-the-evaporating-workforce/?slreturn=20220317093509>. Acesso em: 16 abr. 2022.

SILVA, E. B. DE F. *et al*. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p. 505–514, set. 2012.

SILVA, T. **A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS BANCÁRIOS DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS**. [*s.l: s.n.*], 2013.

SOCIEDADE REAL. **Endocrine disrupting chemicals (EDCs)**. [*s.l: s.n.*], 2000. Disponível em: <www.royalsoc.ac.uk>.

SOCIETY FOR HUMAN RESOURCE MANAGEMENT. **Total financial impact of employee absence across the United States, China, Australia, Europe, India and Mexico**. [*s.l: s.n.*]. 2014. Disponível em: <www.kronos.com.>.

SOUZA, H. A.; BERNARDO, M. H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, 2019.

SOUZA, N. S. S.; SANTANA, V. S. **Incidência cumulativa anual de doenças musculoesqueléticas incapacitantes relacionadas ao trabalho em uma área urbana do Brasil.** 2011.

STEERS, R. M.; RHODES, S. R. **Major Influences on Employee Attendance: A Process ModelJournal of Applied Psychology**. [*s.l: s.n.*], 1978.

STEVANIM, L. F. Vulnerabilidades que aproximam. **Radis**, p. 10–15, 2020.

SUN, V. *et al*. A Multimedia Self-management Intervention to Prepare Cancer Patients and Family Caregivers for Lung Surgery and Postoperative Recovery. **Clinical Lung Cancer**, v. 18, n. 3, p. e151–e159, 1 maio 2017.

TAVARES, D. S.; FERREIRA, L. L.; MACIEL, R. H. **O Trabalho de Professores na Educação Básica Pública no Piauí**. [*s.l: s.n.*], 2008.

TENÓRIO, F. G. **Weber e a burocracia**. [*s.l: s.n.*], 1981.

TOMÁS, E. A. La centralidad el trabajo en el proceso de construcción de la identidad de los jóvenes: una aproximación psicosocial. 1998.

TRIKULE, I. **Estudio de la incorporación a la empresa y su efecto sobre el compromiso organizacional y el engagement en trabajadores jóvenes valencianos.** [*s.l: s.n.*]. Disponível em: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/175414/Trikule%20-%20Estudio%20de%20la%20incorporacion%20a%20la%20empresa%20y%20su%20efecto%20sobre%20el%20compromiso%20organizacional....pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 jun. 2022.

VALENTA, S. *et al*. **Randomized clinical trial to evaluate a cancer pain self-management intervention for outpatients.** Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, v. 9, n. 1, p. 39–47, 1 jan. 2022.

VAZ, J. C. **A delicada disputa pelas cabeças na evolução do serviço público no Brasil pós-redemocratização**. [*s.l: s.n.*], 2006.

VIEIRA, G. F. P.; BARROS, I. R. DE; MARCHIORI, D. M. **A RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO DE BUROCRACIA E ESTRESSE NO SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**. v. 12, n. 1, p. 3–16, 2019.

VON DER EMBSE, N. *et al*. Teacher stress interventions: A systematic review. **Psychology in the Schools**, v. 56, n. 8, p. 1328–1343, 2019.

WALKER, W. H. *et al*. **Circadian rhythm disruption and mental health**. **Translational Psychiatry** Springer Nature,1 dez. 2020.

WANG, X. *et al*. Prediction of Mental Health in Medical Workers During COVID-19 Based on Machine Learning. **Frontiers in Public Health**, v. 9, 7 set. 2021.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho: ergonomia, método e técnica.** São Paulo - SP: FDT/Oboré., 1987.

WORLD ECONOMIC FORUM; HARVARD. **The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases**. [*s.l: s.n.*]. Disponível em: <www.weforum.org/EconomicsOfNCD>.

YANCIK, R. **Cancer Burden in the Aged An Epidemiologic and Demographic Overview**. [*s.l: s.n.*], 1997.