



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Andreia Filipa Almeida Costa

**ABSENTEÍSMO LABORAL: IMPACTO ECONÓMICO E  
FATORES PREDITORES DAS AUSÊNCIAS POR  
MOTIVOS DE SAÚDE**

**Dissertação no âmbito do mestrado em Gestão e Economia da Saúde,  
orientada pela Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal e  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra**

Setembro de 2022





Andreia Filipa Almeida Costa

**ABSENTEÍSMO LABORAL: IMPACTO ECONÓMICO E  
FATORES PREDITORES DAS AUSÊNCIAS POR  
MOTIVOS DE SAÚDE**

**Dissertação no âmbito do mestrado em Gestão e Economia da Saúde,  
orientada pela Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal e  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para  
obtenção do grau de Mestre**

Setembro de 2022



## **AGRADECIMENTOS**

A conclusão deste trabalho é o culminar de vários anos de esforço e de superação para que, no balanço final, impere o orgulho e a felicidade de ter feito de tudo para conseguir fazer aquilo com que sempre sonhei.

Agradeço a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, me ajudaram neste processo. Todas elas tiveram um papel importante na minha educação, na minha formação e no modo como levo a vida cheia de amor.

À Professora Doutora Carlota Quintal pela disponibilidade imediata na colaboração, pelo carinho e pela forma pronta com que sempre tratou de todo este processo.

Dedico esta dissertação aos meus pais, irmão, namorado e avós. Obrigada pelo vosso apoio e obrigada pela forma com que sempre acreditaram em mim, nas minhas capacidades e pela forma como me motivaram a continuar por um caminho, que nem sempre foi fácil. Obrigada!

À restante família e a todos os meus amigos dizer que foram, também, importantes no meu crescimento e nesta etapa da minha vida.

Espero que estejam todos muito orgulhosos de mim! Esta dissertação também é vossa!

## RESUMO

O absenteísmo laboral é reconhecido como um importante fator de perda de produtividade, quer ao nível das economias, quer ao nível das organizações. Para as empresas, episódios constantes de absenteísmo representam acréscimo de custos, queda no lucro, aumento nos tempos de entrega e menores níveis de satisfação e bem-estar. De entre as várias causas do absenteísmo laboral, assume particular relevo a ausência ao trabalho por motivos de saúde. Deste modo, torna-se pertinente analisar as suas causas de modo a formar políticas que pretendam mitigar este fenómeno.

Neste contexto, o objetivo central deste estudo é conhecer e analisar os principais fatores preditores das ausências ao trabalho por motivos de saúde. Os dados utilizados provêm do Inquérito Nacional de Saúde 2019 (INS 2019), sendo a amostra final do nosso estudo constituída por 5.791 observações. Para identificar os fatores de risco do absenteísmo laboral recorreremos à regressão logística múltipla.

Os resultados obtidos revelam que 27% dos indivíduos incluídos na amostra em estudo faltaram ao trabalho pelo menos um dia nos 12 meses anteriores ao inquérito. Os resultados evidenciam, também, que o sexo feminino, a existência de um problema de saúde prolongado, sofrer de depressão, de multimorbilidade, bem como apresentar limitações fortes na realização de atividades diárias são fatores que conduzem a chances mais elevadas de ocorrência de absenteísmo. Em sentido contrário, residir na região da Madeira ou dos Açores, apresentar um estado de saúde autoavaliado como bom ou muito bom e trabalhar nas áreas da agricultura, das artes, do comércio e do imobiliário está negativamente associado com o absenteísmo. Para alguns outros fatores estudados como rendimento, educação, estado civil, idade, IMC (Índice de Massa Corporal), consumo de álcool e tabaco, não se obteve evidência de uma associação estatisticamente significativa entre estas características dos indivíduos e o absenteísmo por motivos de saúde.

Estes resultados poderão ser integrados em estratégias de combate ao absenteísmo laboral, sejam elas desenhadas ao nível de toda a economia nacional ou ao nível das organizações.

**Palavras-chave:** Absenteísmo Laboral; Impacto Económico, Fatores Preditores, INS 2019

## **ABSTRACT**

Absenteeism is recognized as an important factor in productivity loss, both at the level of economies and at the level of organizations. For companies, constant episodes of absenteeism represent increased costs, a drop in profit, an increase in delivery times and lower levels of satisfaction and well-being. Among the various causes of absenteeism, absence from work for health reasons is particularly important. It is therefore appropriate to analyze their causes in order to form policies that wish to mitigate this phenomenon.

In this context, the central objective of this study is to know and analyze the main predictors of absences from work for health reasons. The data used come from the National Health Survey 2019, and the final sample of our study consists of 5.791 observations. To identify the risk factors of absenteeism, multiple logistic regression was used.

The results obtained show that 27% of the subjects included in the study sample missed work at least one day in the 12 months prior to the survey. The results also show that the female sex, the existence of a prolonged health problem, suffers from depression, multimorbidity, as well as presenting strong limitations in performing daily activities are factors that lead to higher chances of absenteeism. On the contrary, reside in the region of Madeira or the Azores, presenting a self-rated state of health as good or very good and working in the areas of agriculture, the arts, trade and real estate is negatively associated with absenteeism. For some other factors studied such as income, education, marital status, age, IMC, alcohol and tobacco consumption, there was no evidence of a statistically significant association between these characteristics of individuals and absenteeism for health reasons.

These results could be integrated into strategies to combat labour absenteeism, whether they are designed at the level of the entire national economy or at the level of organizations.

**Key Words:** Work Absenteeism; Economical Impact, Predictive Factors, INS 2019

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Absenteísmo por doença na UE em 2000.....	7
Tabela 2 - Dimensões de Qualidade de Vida e Bem-Estar .....	16
Tabela 3 - Resumo dos Custos anuais dos Problemas de Saúde Psicológica em Contexto Laboral .....	20
Tabela 4 - Evolução da Taxa de Absenteísmo .....	21
Tabela 5 - Média de Dias de Ausência pelos Motivos Principais .....	23
Tabela 6 - Média de Dias de Ausência por Região .....	24
Tabela 7 - Descrição das Variáveis.....	30
Tabela 8 - Análise da Associação entre Preditores e Faltas ao Trabalho .....	50

## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Proporção de Absenteísmo pelos países nos anos 1984 a 2010 .....	8
Figura 2 - Preferências de Horário de Trabalho (%) .....	11
Figura 3 - Horas de Trabalho Atípicas .....	11
Figura 4 - Exposição a Fatores de Risco .....	12
Figura 5 - Autonomia dos Funcionários por Género .....	12
Figura 6 - Envolvimento dos Funcionários por Atividade .....	13
Figura 7 - Modelo para o Bem-Estar .....	15
Figura 8 - Modelo OMS para Melhoria Contínua .....	18
Figura 9 - Evolução Média dos Dias de Ausência .....	21
Figura 10 - Evolução da Taxa de Absenteísmo Geral e por Doença .....	22
Figura 11 - Média de Dias por Motivos de Ausência .....	23
Figura 12 - Média de Dias de Ausência por Região .....	24
Figura 13 - Taxas de Absenteísmo por Cargo .....	25
Figura 14 - Absenteísmo em 2020 por Cargo e Género .....	25
Figura 15 - Retorno para a Economia do Investimento no SNS .....	26
Figura 16 - Distribuição das Observações por Dias de Ausência .....	43
Figura 17 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Região .....	43
Figura 18 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Idade .....	44
Figura 19 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Estado Civil .....	44
Figura 20 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Escolaridade.....	45



Figura 21 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Atividade Económica.....	45
Figura 22 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Agregado .....	46
Figura 23 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Rendimento .....	46
Figura 24 - - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por IMC.....	47
Figura 25 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Consumo de Tabaco.....	48
Figura 26 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Consumo de Álcool.....	48

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

IC - Intervalo de Confiança

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Inquérito Nacional de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PMA - Potencial Máximo Anual

PME - Pequenas e Médias Empresas

RH - Recursos Humanos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

THET - Total Horas Efetivamente Trabalhadas

EU - União Europeia



## Índice

<b>1</b>	<b>Introdução</b> .....	1
<b>2</b>	<b>Absenteísmo: conceito, causas e consequências</b> .....	3
2.1	O conceito e a importância do absenteísmo.....	3
2.1.1	O conceito de absenteísmo .....	3
2.1.2	A importância do Estudo do Absenteísmo .....	4
2.2	Principais causas do absenteísmo: Evidência empírica .....	6
2.3	O absenteísmo numa perspectiva de gestão.....	14
<b>3</b>	<b>Absenteísmo por motivos de saúde</b> .....	21
3.1	Enquadramento da Problemática Nacional .....	21
3.2	Impacto do absenteísmo na economia global .....	26
<b>4</b>	<b>Metodologia</b> .....	29
4.1	Dados .....	29
4.2	Variáveis em Estudo .....	29
4.3	Análise de Dados .....	38
<b>5</b>	<b>Apresentação dos Resultados</b> .....	41
5.1	Análise Exploratória .....	41
5.1.1	Análise Descritiva.....	41
5.1.2	Análise Inferencial.....	43
5.2	Análise de Regressão .....	49
<b>6</b>	<b>Discussão dos Resultados</b> .....	53
<b>7</b>	<b>Conclusão</b> .....	57
<b>8</b>	<b>Referências</b> .....	59



# 1 Introdução

Com o passar do tempo vamos observando uma intensa mudança e uma grande atualização das novas tecnologias, da evolução do pensamento dos cidadãos, bem como, a constante mudança do estilo de vida das pessoas. Todas estas mudanças fazem com que o dia a dia fique mais “corrido”, o que leva ao intenso cansaço acumulado.

Absenteísmo é considerado toda a falta não prevista, em contexto de trabalho e, neste caso concreto, o estudo assenta nas faltas ao trabalho por motivos de doença.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) no ano de 2019 foram registadas cerca de 1.375.222 faltas ao trabalho por motivos de saúde. Destas, 655.008 diziam respeito ao sexo masculino e 720.214 ao sexo feminino. Relativamente ao número de dias faltados, os homens faltaram, em média, 26,8 dias e as mulheres 31,6 dias, perfazendo uma média total de 29,3 dias faltados. (INE, 2020a)

Para Lakiša et al., (2021) as faltas por doença estão associadas, em geral, a fatores sociais, fatores relacionados ao trabalho, fatores organizacionais, fatores familiares e fatores individuais. Estes autores afirmam que “a ausência por doença não é um indicador direto de saúde física, mas está associado à motivação do funcionário para ir trabalhar”.

As causas do absenteísmo nem sempre estão no trabalhador, mas também na empresa, enquanto organização, por meio de repetitividade nas tarefas, desmotivação e desestímulo, condições desfavoráveis do ambiente e do trabalho, precária integração entre trabalhadores e organização, bem como, os impactos da não existência de políticas de prevenção e humanas. (R. L. Fernandes et al., 2011)

Para este efeito, em termos organizacionais e de um modo geral, um melhor desempenho, uma maior confiança transmitida e uma maior satisfação, estão no centro de uma melhor produtividade e melhor estado de saúde. Assim, é importante o investimento em saúde, para que, haja um retrocesso no absenteísmo. (NovaIMS, 2018)

Os comportamentos de saúde, sejam eles positivos ou negativos, estão associados a stress e controlo do trabalho. Altas procuras levam a baixo controlo de trabalho, estando estas variáveis associadas a comportamentos de saúde negativos. Menores níveis de stress acarretam melhores perceções de saúde. (Amiri & Behnezhad, 2020)

Assim, a presente investigação foi desenvolvida com o intuito de conhecer os preditores das ausências ao trabalho por motivos de saúde, com base em dados do INS 2019.

Esta dissertação encontra-se organizada do seguinte modo: no segundo capítulo, é feita a contextualização do tema do absentéismo, com o esclarecimento do conceito, sendo também feita uma revisão de literatura teórica e empírica sobre as principais causas e consequências associadas a este fenómeno. Ainda dentro deste capítulo, é feito um breve enquadramento numa perspetiva de gestão; no capítulo 3 apresentam-se alguns dados sobre a realidade portuguesa, em termos de caracterização do absentéismo laboral e o seu impacto na economia global; o capítulo 4 é dedicado aos métodos; no quinto capítulo apresentam-se os resultados, em duas partes – uma com a análise exploratória dos dados e outra com os resultados da análise de regressão; no sexto capítulo discutem-se os resultados e no capítulo sete são expostas as conclusões, bem como, limitações do estudo e sugestões de investigações futuras.

## **2 Absenteísmo: conceito, causas e consequências**

### **2.1 O conceito e a importância do absenteísmo**

#### **2.1.1 O conceito de absenteísmo**

Absenteísmo, segundo Agapito & Cardoso De Sousa (2010) e Jesus (2015), é “toda a ausência de um indivíduo no seu local de trabalho, no horário a que corresponde a sua normal atividade, excluindo férias e feriados”. Pode classificar-se em: absenteísmo voluntário; absenteísmo por doença; absenteísmo por patologia profissional (ausência por acidentes de trabalho); absenteísmo legal (faltas ao abrigo da lei – doação de sangue, gestação, entre outros); absenteísmo compulsório (faltas por impedimento imposto pelo patrão ou prisão).

O INE considera que o absenteísmo é a “ausência do trabalhador durante o período normal do trabalho a que está obrigado, independentemente das suas causas e de se converterem ou não em faltas justificadas”. (INE, 1994)

Em termos legais e segundo o disposto no artigo 248º do Código do Trabalho,

Considera-se falta a ausência de trabalhador do local em que devia desempenhar a atividade durante o período normal de trabalho diário. Em caso de ausência do trabalhador por períodos inferiores ao período normal de trabalho diário, os respetivos tempos são adicionados para determinação da falta. Caso a duração do período normal de trabalho diário não seja uniforme, considera-se a duração média para efeito do disposto do número anterior. (Código do Trabalho, artigo nº248, Lei nº7/2009)

Segundo o artigo 249º do Código do Trabalho (Lei nº7/2009), as faltas podem ser justificadas ou injustificadas. São consideradas faltas justificadas:

- a) As dadas, durante 15 dias seguidos, por altura do casamento;
- b) A motivada por falecimento de cônjuge, parente ou afim, nos termos do artigo 251.º;
- c) A motivada pela prestação de prova em estabelecimento de ensino, nos termos do artigo 91.º;
- d) A motivada por impossibilidade de prestar trabalho devido a facto não imputável ao trabalhador, nomeadamente observância de prescrição médica no seguimento de recurso a técnica de procriação medicamente assistida, doença, acidente ou cumprimento de obrigação legal;
- e) A motivada pela prestação de assistência inadiável e imprescindível a filho, a neto ou a membro do agregado familiar de trabalhador, nos termos dos artigos 49.º, 50.º ou 252.º, respetivamente;

f) A motivada pelo acompanhamento de grávida que se desloque a unidade hospitalar localizada fora da ilha de residência para realização de parto;

g) A motivada por deslocação a estabelecimento de ensino de responsável pela educação de menor por motivo da situação educativa deste, pelo tempo estritamente necessário, até quatro horas por trimestre, por cada um;

h) A de trabalhador eleito para estrutura de representação coletiva dos trabalhadores, nos termos do artigo 409.º;

i) A de candidato a cargo público, nos termos da correspondente lei eleitoral;

j) A autorizada ou aprovada pelo empregador;

k) A que por lei seja como tal considerada.

Quaisquer faltas que não estejam integradas nos números anteriores são consideradas injustificadas.

Todas as faltas justificadas são passivas de remuneração exceto as faltas: “Por motivos de doença, desde que o trabalhador beneficie de um regime de segurança social de proteção na doença; Por motivo de acidente de trabalho, desde que o trabalhador tenha direito a qualquer subsídio ou seguro; A autorizada ou aprovada pelo empregador; Assistência a membro do agregado familiar, caso exceda os 15 dias propostos; Acompanhamento de grávida que se desloque a unidade hospitalar localizada fora da ilha de residência para realização de parto, quando excede 30 dias por ano”. (Código do Trabalho, artigo nº255, Lei nº7/2009)

O absentéismo pode surgir de vários fatores, daí ser comumente denominado como multifatorial, apesar de, na maioria dos casos, ser justificado por atestados médicos. (R. L. Fernandes et al., 2011)

De acordo com Jesus (2015) esses fatores podem ser: fatores relacionados com o trabalho; fatores sociais; fatores de personalidade; fatores geográficos; fatores físicos; fatores psicológicos; fatores organizacionais. Todos eles, afetam de alguma forma, as pessoas e contribuem para que em algum momento elas tomem a decisão, consciente ou não, de se ausentar por tempo determinado ou indeterminado do seu local de trabalho.

### 2.1.2 A importância do Estudo do Absenteísmo

Patton (2005, citado em Tiago, 2018) revela que o estudo realizado no Banco de Dados Históricos do New York Times, relativamente ao tema absentéismo foram retirados 4.535



artigos. Já no caso do estudo acerca do comportamento organizacional (satisfação no trabalho) foram retirados apenas 301 artigos. Isto significa que não existem muitas abordagens onde correlacionem o absenteísmo com a satisfação e a motivação laboral.

Desde a década de 50 que o absenteísmo tem caído numa maior atenção e tem despertado maior interesse. (Chadwick Jones, 1971 citado em Tiago, 2018)

Peiró et al., (2008) afirma que o absenteísmo, quando excede valores ditos “normais”, pode dificultar o alcance dos objetivos e o bom funcionamento das organizações. Este é um fenómeno inevitável, mas cabe às entidades arranjar soluções para que as taxas de absenteísmo excessivas não tenham consequências devastadoras.

A instituição não deve ser descurada tendo em conta as causas do absenteísmo. Nem sempre são apenas os funcionários que têm uma relação causa-efeito com as taxas de absenteísmo e muitas das vezes a própria organização tem a sua quota parte de culpa “com processos de trabalho deficientes por meio de atividades repetidas, falta de motivação, condições desfavoráveis no ambiente de trabalho ... e gestão deficiente que não visa uma política de prevenção e humanística”. (Silva, et al., 2000 citado por Sancinetti et al., 2011)

Habitualmente já é esperado um valor de faltas por parte dos funcionários, porém, quando ocorrem com maior frequência do que o habitual, podem levar a que haja uma brusca diminuição tanto na produtividade, como no normal funcionamento de uma organização, ou até mesmo, afetar a gestão financeira da mesma. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2014)

No que toca aos trabalhadores, o absenteísmo pode levar a que ocorra uma perda de poupanças, reduz as oportunidades de admissão ao trabalho e aumenta o risco de demissão. Já do lado das empresas e da entidade empregadora, a taxa de absenteísmo acarreta custos monetários “por meio de pagamentos de auxílio-doença e/ou gastos com saúde, bem como custos de oportunidade decorrentes de perdas de produtividade”. (Suárez & Muñiz, 2018)

O absenteísmo por doença reflete o estado de saúde dos trabalhadores e tem elevados impactos económicos, gerando custos elevados tanto à organização, como à segurança social. (Ferreira et al., 2012)

O combate ao absenteísmo passa muito pela prevenção. (Agapito & Cardoso De Sousa, 2010) Para isto, é necessário que os gestores ou as entidades empregadoras estejam atentas e que estabeleçam medidas, de forma a que todos os funcionários sejam tratados de igual maneira e cumpram as regras determinadas por escrito. (McEwan, 1991)

É fundamental que as organizações elaborem estratégias apropriadas de gestão de recursos humanos, para que se permita prevenir, reduzir e eliminar as taxas de absenteísmo. (Martocchio, 1992 citado por Tiago, 2018)

Um mau controlo das taxas de absentismo pode trazer para a organização problemas como perdas de produtividade, por consequência da diminuição da qualidade dos serviços e da diminuição do quadro do pessoal especializada na área. Estes resultados traduzem-se em aumentos de custos. (Martins, 2021)

Neste sentido, há um interesse crescente no estudo do tema, reforçado pelo aumento dos custos associados, económicos e sociais, e pelo confronto dos decisores políticos em tornar o mundo em que vivemos cada vez mais justo, competitivo e humano. (Eurofound, 2015)

## 2.2 Principais causas do absentismo: Evidência empírica

Acima já foi mencionado o carácter inevitável do absentismo e, por isso, é necessário um estudo aprofundado das condições do meio de trabalho, de forma a serem propostas ações que minimizem este aspeto. (L. Fernandes & Guimarães, 2018)

Mais recentemente o rumo tem sido olhar para comportamentos, numa perspetiva psicológica e descortinar os comportamentos dos funcionários e da organização. Neste sentido é de grande importância uma adequada gestão de recursos humanos.

A classificação das causas é importante por ser a única forma de se estabelecerem ações de prevenção ou corretivas. As causas do absentismo podem estar relacionadas com assistência à família; casamento; cumprimento de pena disciplinar; doença; falecimento de familiar; insatisfação; stresse e ansiedade; baixa remuneração; instabilidade laboral; desmotivação; e deficientes condições de trabalho. (Jesus, 2015)

A probabilidade de licenças médicas é, então, impulsionada por determinantes relacionadas com o trabalho, estado de saúde dos funcionários e outros efeitos a nível individual, conforme sugerido por Montano, (2020), no seu modelo psicossocial de licenças médicas. No que toca a este modelo, os determinantes do trabalho (exigências de desenvolvimento, exigências comportamentais, exigências afetivas, relações sociais) levam a que os trabalhadores criem efeitos de reação, quer sejam eles domínio de tarefas, problemas de concentração, satisfação no trabalho, motivação, entre outros. Estes efeitos, assim como o estado de saúde de cada indivíduo, levam a que sejam passados atestados médicos.

Gimeno et al., (2004) desenvolveu um estudo que envolveu um total de 15 países da União Europeia (UE). O total de absentismo previsto foi de 14,5%, sendo a Alemanha (18,3%), a Finlândia (24%), o Luxemburgo (17,4%), os Países Baixos (20,3%) e a Suécia (17%), os países que têm taxas de absentismo maiores e mais significativas. De forma geral, a taxa de absentismo por doença na UE, no ano de 2000, verificava-se com maior

percentagem no sexo masculino, sendo a Bélgica e a Finlândia os países com maiores taxas de absentéismo, no sexo feminino. (Tabela 1)

Em linha com estes resultados estão, também, os autores Casini et al., (2013) que obtiveram níveis mais elevados de absentéismo nas mulheres, na Bélgica.

*Tabela 1 - Absenteísmo por Doença na UE em 2000*

<b>País</b>	<b>Total (%)</b>	<b>Homens (%)</b>	<b>Mulheres (%)</b>
<i>Grécia</i>	6,7	8,9	3,5
<i>Irlanda</i>	8,3	9,2	7,3
<i>Portugal</i>	8,4	10,1	6,8
<i>Itália</i>	8,5	9,9	6,4
<i>Reino Unido</i>	11,7	13,3	10,0
<i>Espanha</i>	11,8	13,5	8,6
<i>Dinamarca</i>	12,4	12,9	12,0
<i>França</i>	14,3	15,4	12,9
<i>Bélgica</i>	15,6	15,4	15,8
<i>Áustria</i>	16,0	20,4	12,1
<i>Suécia</i>	17,0	14,9	18,8
<i>Luxemburgo</i>	17,4	21,4	11,1
<i>Alemanha</i>	18,3	21,1	15,0
<i>Países Baixos</i>	20,3	21,8	18,9
<i>Finlândia</i>	24,0	22,0	25,7

Fonte: Retirado Gimeno et al., (2004)

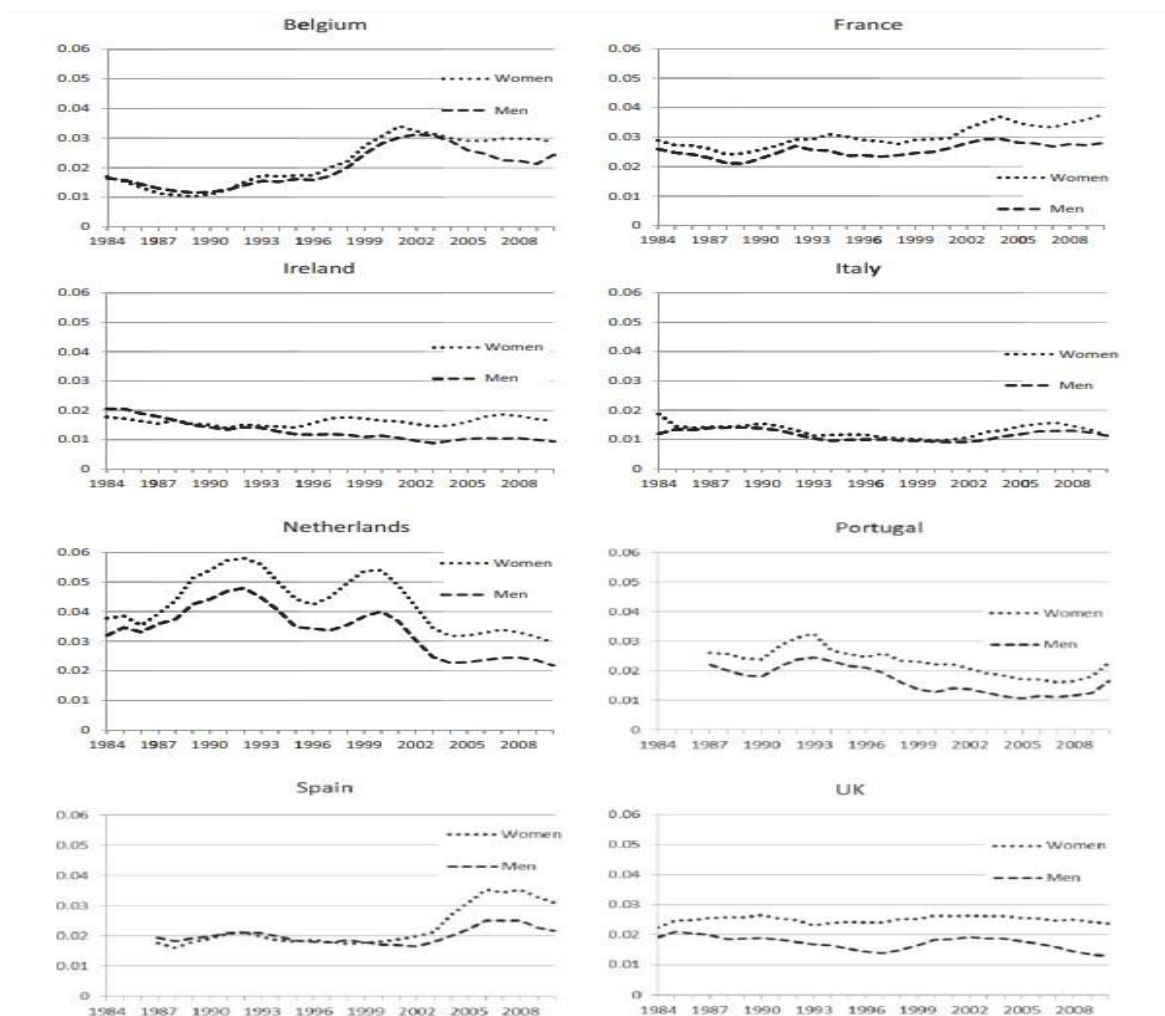
Estudos elaborados no contexto de absentéismo permitiram calcular as proporções desta temática ao longo dos anos 1984 a 2010, no sexo feminino e masculino, para alguns países (Figura 1).

Løset et al., (2018) estudaram as diferenças entre homens e mulheres, no caso da Noruega, e evidenciaram que as mulheres apresentam mais faltas ao trabalho do que os homens. As várias características comumente associadas aos géneros femininos e masculinos podem justificar mais ou menos a ausência por doença. As características femininas tradicionais de serem fracas e dependentes podem justificar que estas tenham

maiores níveis de absenteísmo e, pelo contrário, a competitividade e independência associada ao sexo masculino pode justificar taxas de absenteísmo mais baixas. Não concordando com as afirmações deste autor, o que eu considero é que, apesar do paradigma se encontrar em mudança, o sexo masculino ainda é muito associado a altos cargos, elevadas remunerações e grandes responsabilidades enquanto que, o sexo feminino está, ainda, associado ao suporte familiar, podendo haver, assim, diferenças na maneira como indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino se comportam relativamente a isto. É possível que pessoas do sexo feminino tenham, deste modo, maiores níveis de absenteísmo por desmotivação no alcance das metas e por proteção de parentalidade e por assistência à família.

Relativamente ao estado civil, L. Fernandes & Guimarães, (2018) afirma que trabalhadores casados apresentam menores taxas de absenteísmo.

*Figura 1 - Proporção de Absenteísmo pelos Países nos Anos 1984 a 2010*



Fonte: Retirado Mastekaasa, (2014)

O Sexto Inquérito Europeu sobre as Condições do Trabalho (Eurofound, 2015) detetou que a taxa de trabalhadores da UE, em 2015, que afirmam ter um risco na sua saúde devido ao seu trabalho reduziu para uma percentagem de 23%, comparativamente ao ano de 2000, onde a percentagem era de 31%. Este estudo indica que o sexo masculino (27%) reclama este episódio com maior frequência tendo em conta o sexo feminino (19%).

Alguns autores fundamentam que preditores como idade, nível educacional, obesidade, tabagismo, sedentarismo e fatores físicos e psicossociais associados ao trabalho estão diretamente relacionados com absentismo. (van den Berg et al., 2017)

Relativamente à idade, um estudo da Letónia revelou que as ausências por doença tiveram maior prevalência na faixa etária entre os 25 e os 44 anos e que trabalhadores mais jovens têm maior número de faltas do que os mais velhos. (Lakiša et al., 2021)

Na Áustria também foi concluído que as taxas de absentismo diminuem com a idade. (Wooden et al., 2016) Por outro lado, alguns estudos concluíram que, em 2009, pessoas mais jovens tinham maiores percentagens de licenças médicas, porém, os mais velhos tinham períodos de licenças maiores. (Beemsterboer et al., 2009 citado por Farrants et al., 2018)

A saúde no geral e o estilo de vida dos funcionários estão, claramente, interligados com as taxas de absentismo. Numa pesquisa acerca da associação do consumo de álcool com empregabilidade, ausência por doença e benefícios sociais, foi concluído que na população em estudo, o consumo elevado de álcool aumenta o risco de abandono do emprego, consistindo numa barreira para a sua reentrada. (Jørgensen et al., 2019)

No caso do tabagismo, Wooden et al., (2016) concluem que existem maiores taxas de absentismo para fumadores do que para não fumadores.

Da mesma forma, os autores Amiri & Behnezhad (2020) referem que o IMC elevado está associado a distúrbios psicológicos e neurológicos. Este índice variou de 28,8% para 36,9% de 1980 a 2013, em homens, e de 28,8% a 38%, para mulheres. Com o aumento dos valores associados a este índice é provável que ocorra uma maior percentagem de absentismo. Os resultados do estudo destes autores revelam que a taxa de IMC é um fator de risco para a licença médica, e que as mulheres com excesso de peso e obesidade são mais propensas a licenças médicas do que os homens.

Quanto a distúrbios psicológicos, Raynik et al.(2020) detetaram que o número de dias de licença médica aumentou com o aumento do neuroticismo, nos anos de 2005 a 2013. Características de personalidade como extroversão, abertura à experiência, amabilidade e consciência foram, também, estudados, porém, não tiveram associação a dias de licença médica.

Na Austrália, estudos identificaram que as taxas de absenteísmo são 5% mais altas para trabalhadores com problemas de saúde mental do que para os restantes. Verificou-se, também, que “uma condição de saúde de longo prazo leva a uma taxa significativamente maior de ausência por doença na Austrália, e esse efeito é maior para homens e trabalhadores com baixo controlo de trabalho”. (Bryan et al., 2021)

Este efeito faz-se sentir, também, na Dinamarca, em que o absenteísmo apresenta taxas mais altas para os indivíduos com doenças crónicas. (Bryan et al., 2021)

O cancro da mama foi, também, uma variável estudada e Mitsui et al., (2021) constatou que afeta as taxas de absenteísmo, bem como, a manutenção do emprego após diagnóstico.

Outro tipo de doenças como as doenças musculoesqueléticas, doenças cardiovasculares, transtornos mentais e doenças respiratórias são, também, indicadas como francas causas de afastamento ao trabalho por doença. Comparativamente com os funcionários com doenças mais comuns, os funcionários com o tipo de doenças mencionado anteriormente apresentam baixa capacidade de trabalho e perda de produtividade. Consequentemente, é apontado um maior índice de absenteísmo. (van den Berg et al., 2017)

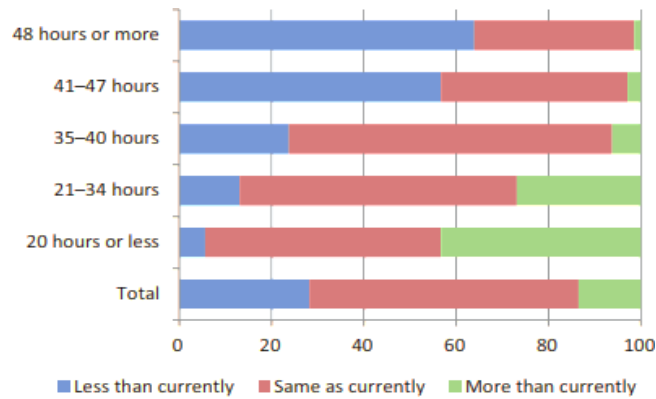
Estudos que relacionaram ausências por doença com problemas de sono descobriram, também, que estas variáveis estavam associadas e que, portanto, os problemas de sono aumentam as hipóteses de existirem ausências por doença. (Rahkonen et al., 2012)

A grande diferença entre a ausência de doença prolongada e a ausência de curta duração reside no facto de a primeira estar diretamente relacionada a problemas de saúde objetivos e a segunda estar relacionada com “a forma como se lida com um ambiente psicossocial desfavorável no trabalho, baixos níveis de motivação, satisfação de comprometimento e a ânsia de prolongar um fim de semana ou um feriado”. (Lakiša et al., 2021)

Relativamente ao sexto Inquérito Europeu sobre as condições de Trabalho, podemos tirar algumas ilações acerca das razões que fazem com que exista maior taxa de absenteísmo, tendo em conta alguns fatores como horas de trabalho, horários de trabalho atípicos, exposição a riscos físicos, autonomia dos funcionários, local de trabalho e envolvimento dos trabalhadores. É de esperar que o funcionamento exagerado destas variáveis vá influenciar positivamente as taxas de absenteísmo.

A maioria da população relata que o seu horário de trabalho está de acordo com as suas expectativas. Aproximadamente 20% e 15% gostaria, respetivamente, que o horário de trabalho fosse menos que o habitual e mais do que o atual. (Figura 2)

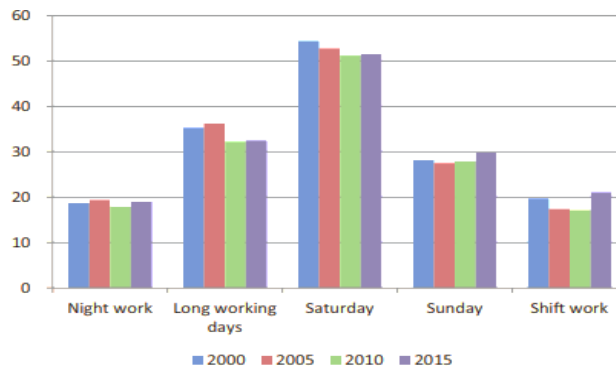
*Figura 2 - Preferências de Horário de Trabalho (%)*



Fonte: Retirado Eurofound, (2015)

Normalmente os funcionários têm preferência por horários de trabalho ditos normais, nos 5 dias úteis da semana e jornadas diurnas. De acordo com a figura 3, podemos verificar que aproximadamente 50% da população trabalha aos sábados; 35% tem longos dias de trabalho; 30% trabalha aos domingos; e 20% trabalha por turnos ou faz trabalho noturno.

*Figura 3 - Horas de Trabalho Atípicas*

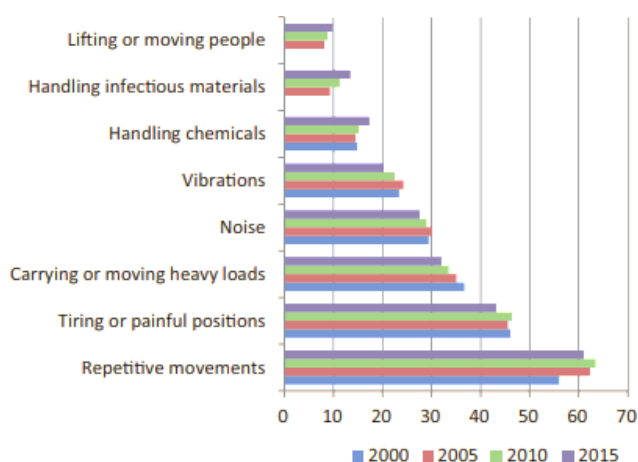


Fonte: Retirado Eurofound, (2015)

Para a elaboração da figura 4 foram tidos em conta alguns riscos físicos tais como repetição de movimentos, posições cansativas, barulho, vibrações, entre outros.

A população em estudo nos anos de 2000 a 2015 reporta que está exposta a movimentos repetitivos (60%) e a posições cansativas e dolorosas (45%). Enquanto isso, é menor a percentagem de população que está perante manuseio de materiais infecciosos e movimentação de pessoas.

*Figura 4 - Exposição a Fatores de Risco*



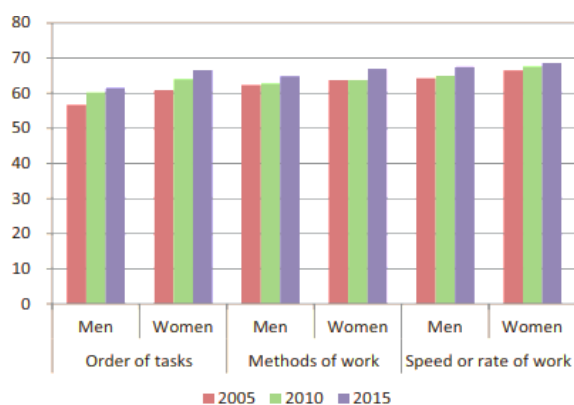
Fonte: Retirado Eurofound, (2015)

Na figura 5 está descrita a preponderância das pessoas diante da alteração da ordem das tarefas, dos métodos de trabalho e da velocidade do trabalho. É visível que o sexo feminino tem maior tendência para ser autónomo. A autonomia é mais elevada na variável “Velocidade do Trabalho” e menos elevada na variável “Ordem das Tarefas”.

De 2005 a 2015 a autonomia foi apresentando taxas maiores evidenciando um crescimento gradual. (Eurofound, 2015)

São vários os estudos que mostram a importância de se atentar às condições do trabalho, uma vez que, com “o aumento do controlo sobre o trabalho, o nível de saúde aumenta e esse aumento traz consequências favoráveis para a saúde”. O aumento da autonomia está associado ao alívio do stresse. (Amiri & Behnezhad, 2020)

*Figura 5 - Autonomia dos Funcionários por Género*



Fonte: Retirado Eurofound, (2015)



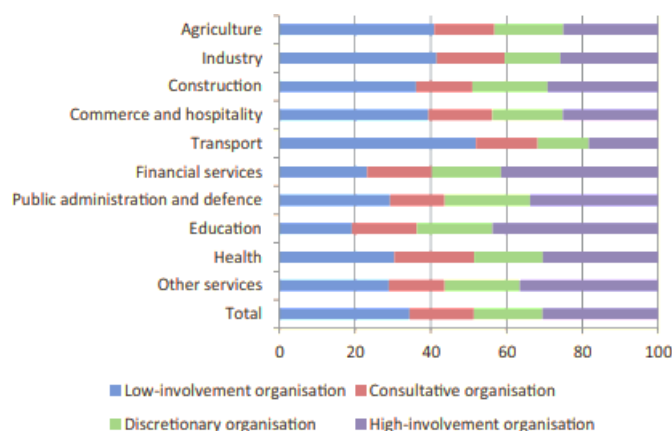
Os autores alegam que “o envolvimento dos funcionários pode melhorar o desempenho e melhorar a qualidade de vida no trabalho”.

As organizações com baixo envolvimento (figura 6) estão mais ligadas às áreas da agricultura, indústria e transportes com uma taxa de, respetivamente, 50%, 40% e 40%. Organizações com maior envolvimento são relacionadas com a educação e serviços financeiros com, aproximadamente, uma taxa de 40%, em ambos os setores. Num todo, existe maior taxa de absentismo em organizações com baixo envolvimento do que o contrário. (Eurofound, 2015)

A conclusão a que se pode chegar é que, muito provavelmente, onde existe uma maior percentagem de absentismo pode corresponder às áreas da agricultura, indústria e transportes.

Os resultados do estudo de Lakiša et al., (2021) relatam que os funcionários do nível de gerência apresentam menos ausências por doença, o que pode estar diretamente ligado com rendimentos mais altos. Pelo contrário, Wooden et al., (2016) observou taxas de absentismo maiores, quanto maior o rendimento familiar.

*Figura 6 - Envolvimento dos Funcionários por Atividade*



Fonte: Retirado Eurofound, (2015)

Segundo o estudo, a maioria dos trabalhadores têm um local fixo para exercer as suas funções. Apesar disso, muitos são os que têm de dividir a sua profissão por vários locais tendo, assim, que fazer várias deslocações.

A Eurofound, (2015) revela que os setores da construção, transportes e agricultura são as atividades mais comuns, exercidas em vários locais.

Tendo em conta o ano de 2015 e segundo o estudo da Eurofound (Stiglitz et al., 2016), 17% das mulheres e 15% dos homens "relatam terem sido expostos a comportamentos sociais adversos". Uma percentagem de 7% sofreu algum tipo de discriminação. Diante destes resultados é de esperar que as taxas de absentéismo sejam cada vez mais elevadas.

Lakiša et al., (2021) refere que "funcionários com qualquer tipo de conflito no trabalho têm mais hipóteses de aumentar a ausência por doença".

O facto de existir descontentamento pelas horas de trabalho, horários atípicos, como trabalhar ao fim de semana e feriados, exposição a movimentos cansativos e repetitivos, locais de trabalho rotativos e baixo envolvimento dos funcionários, faz com que estes se sintam mais frustrados e cansados das condições de trabalho em que estão. Isto leva a que este cansaço acumulado resulte num baixo bem-estar, uma vez que é afetado o estado psicológico, físico e social, bem como, todos os outros sentimentos de confiança, segurança e justiça, impactando no desempenho individual e organizacional.

O estudo de Bryan et al., (2021) concluiu que na semana de análise, 1,5% dos trabalhadores ausentaram-se por motivos de saúde; 2,6% dos funcionários com condições crónicas de saúde apresentam maior taxa de afastamento; mulheres com habilitações ao nível do ensino superior e setor público apresentam maiores taxas de absentéismo; trabalhadores a tempo parcial têm mais ausências; existem maiores taxas de ausências para mulheres com filhos pequenos a seu cargo.

### 2.3 O absentéismo numa perspetiva de gestão

#### I) Gestão de Recursos Humanos (RH) e Absenteísmo

A Gestão de RH é uma área de grande importância para o bom funcionamento das organizações. Esta área, quando bem desempenhada, permite interligar todos os funcionários e formar uma equipa de excelência. A gestão de recursos humanos não elimina o absentéismo na sua totalidade, mas dá ferramentas que permitem reduzi-lo de forma gradual. (Martins, 2021)

De acordo com a Ordem dos Psicólogos, a maior percentagem de absentéismo está relacionada com o stress laboral. Estima-se que o stress laboral está na origem de 50% a 60% do absentéismo. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2014) Por esta razão, é bastante importante falar abertamente acerca deste tema e, portanto, fazer com que não seja tratado como um tema tabu.

A Ordem dos Psicólogos referiu que de acordo com um estudo “publicado em 2013 – *European Opinion Poll on Occupation Safety and Healthy* – revela que “Portugal está classificado como o terceiro país europeu com a maior proporção de trabalhadores que diz que o stress relacionado com o trabalho é “muito comum” (28%), quase o dobro da média da europa (16%)””. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2014)

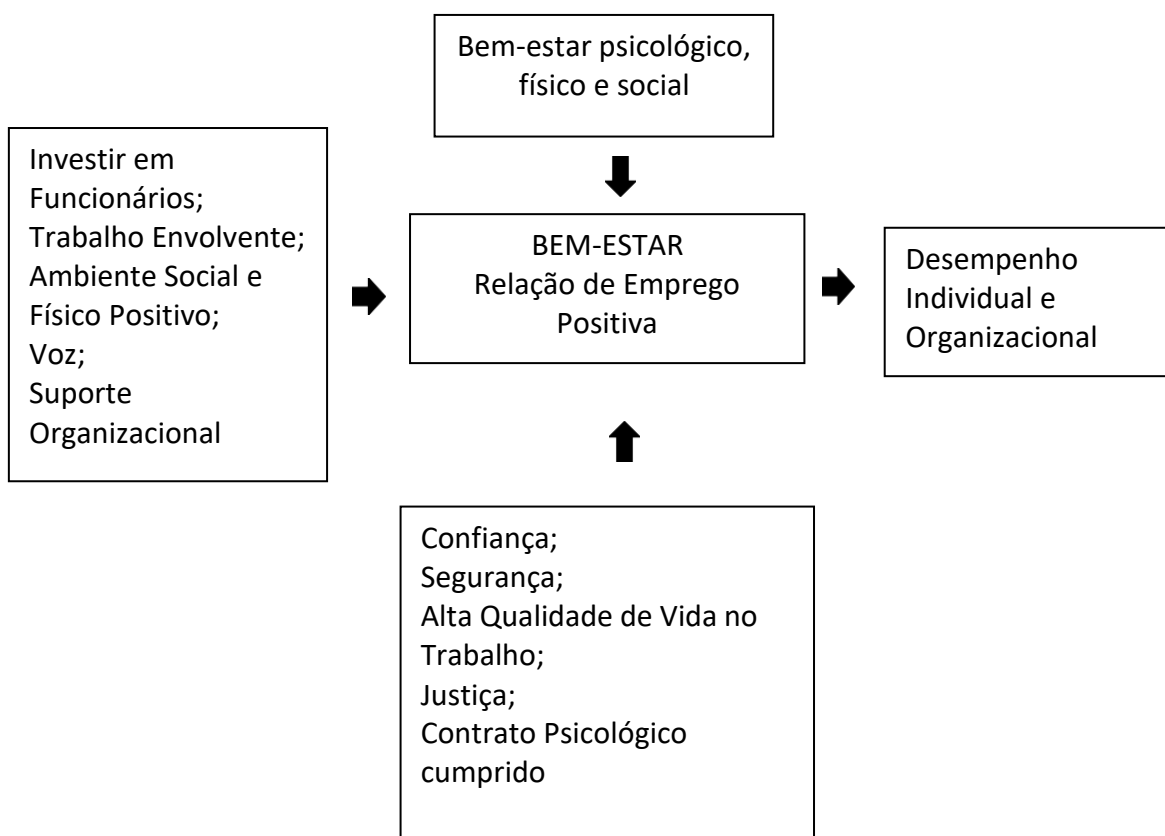
A satisfação no local de trabalho indica que existe um ambiente organizacional fluído sem que existam muitas pressões. (Agapito & Cardoso De Sousa, 2010)

Para que haja um bem-estar no trabalho e, assim, haja uma relação de emprego positiva, é necessária a junção de várias constantes.

O bem-estar é resultado da maneira como as pessoas se sentem, tanto a nível psicológico, físico e social, juntamente com boas práticas de recursos humanos, e com alguns requisitos que afetam positivamente a forma como as pessoas vivem.

De uma forma resumida, na figura 7, todas estas variáveis vão fazer com que leve a um desempenho individual e organizacional favorável, tanto à vida como ao trabalho.

*Figura 7 - Modelo para o Bem-Estar*



Fonte: Adaptado de Guest, (2017)

O modelo para o bem-estar (figura 7) baseia-se no pressuposto de que o alto bem-estar resulta de trocas entre os funcionários e a própria organização, no sentido de levar a que tenham efeitos diretos e indiretos no desempenho. Quando a organização adota uma das cinco práticas de RH e investe em funcionários, de modo a aumentar a competência de cada um deles, oferece boas relações interpessoais e de apoio, um ambiente positivo e seguro, comunicação bidirecional e um apoio mútuo, é de esperar que os funcionários se sintam bem no local de trabalho.

A presença destas cinco práticas está interligada a um maior bem-estar dos funcionários no local de trabalho e a uma relação de emprego positiva. Este aumento do bem-estar tem uma relação de causa-efeito na saúde psicológica, física e social, refletindo confiança, segurança, justiça, alta qualidade de vida no trabalho e o contrato psicológico cumprido, ou seja, a expectativa que o funcionário tinha acerca da profissão ou da função foi superada.

Através de um estudo, Silva & Ferreira (2013) perceberam o impacto que as dimensões da qualidade de vida e de bem-estar no trabalho - salários e benefícios; oportunidades de uso e desenvolvimento das próprias competências; condições físicas e de segurança no ambiente de trabalho; relacionamento e comunicação entre supervisores e empregados; relacionamento interpessoal – tinham sobre os indicadores comprometimento organizacional afetivo, satisfação no trabalho e afetos positivos dirigidos ao trabalho.

As conclusões deste estudo foram que as dimensões “Condições Físicas e de Segurança” e “Relacionamento Interpessoal” não eram “preditores positivos e significativos”, porém, os restantes demonstravam resultados vantajosos no que toca aos indicadores. (Silva & Ferreira, 2013)

*Tabela 2 - Dimensões de Qualidade de Vida e Bem-Estar*

	<b>Comprometimento Organizacional Afetivo</b>	<b>Satisfação no Trabalho</b>	<b>Afetos Positivos dirigidos ao Trabalho</b>
<b>Salários e Benefícios</b>	<b>×</b>		<b>×</b>
<b>Oportunidades de uso e desenvolvimento de competências</b>	<b>×</b>	<b>×</b>	<b>×</b>

<b>Condições Físicas e de Segurança</b>			
<b>Relação entre supervisores e empregados</b>		<b>×</b>	<b>×</b>
<b>Relacionamento Interpessoal</b>			

Fonte: Adaptado Silva & Ferreira, 2013

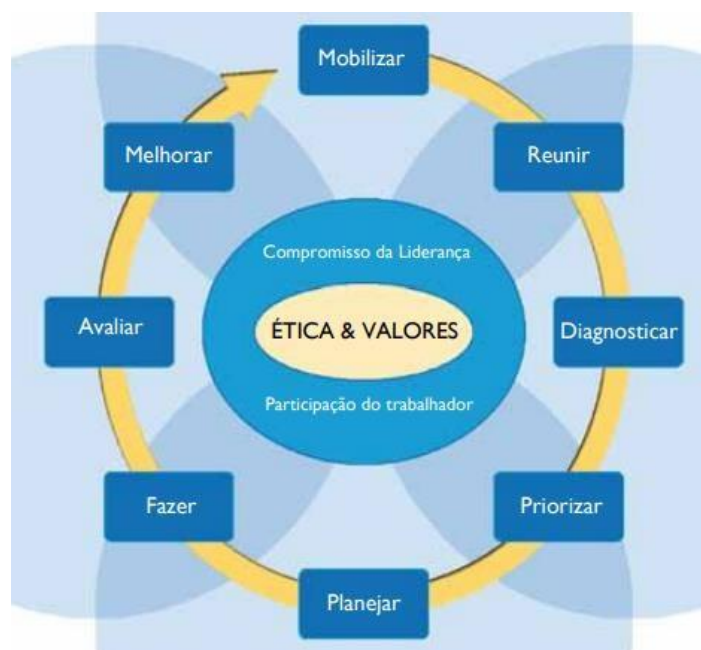
Na tabela 2, podemos verificar que a dimensão “Salários e Benefícios” impactam positivamente no comprometimento organizacional efetivo e nos afetos positivos dirigidos ao trabalho, mas não na satisfação no trabalho. Isto porque o salário é uma variável importante que indica o valor a pagar atendendo a padrões mínimos e justos socialmente determinados.

Quanto às oportunidades de uso e desenvolvimento de competências, estas atingem positivamente todos os indicadores e dizem respeito à promoção do desenvolvimento de habilidades.

Por fim, relativamente à relação entre supervisores e empregados, altera significativamente a satisfação no trabalho e os afetos positivos dirigidos ao trabalho.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) elaborou um modelo para ambientes de trabalho saudáveis. Os pontos chave passam por mobilizar os funcionários, de forma a demonstrarem compromisso para com a entidade; reunir os recursos necessários para promover mudanças; diagnosticar eventuais problemas que possam estar a acontecer; priorizar informação; planejar metas e modos de atuação credíveis e exequíveis; aplicar ferramentas para alcançar o objetivo; avaliar o que está a ser feito e perceber o que está a correr bem ou mal; e melhorar constantemente tendo em conta todas as mudanças e todos os processos que foram sendo aplicados. Todos estes processos juntos levam a um compromisso da liderança e a uma constante participação do trabalhador, priorizando a ética e os valores.

*Figura 8 - Modelo OMS para Melhoria Contínua*



Fonte: Adaptado OMS, 2010

## II) Cálculo do Absenteísmo

De acordo com Agapito & Cardoso De Sousa (2010) o absenteísmo laboral pode-se definir como “um fenómeno de etiologia multifatorial, caracterizado por ausências não previstas ao trabalho, que têm reflexos diretos e indiretos nos custos das empresas”.

Do ponto de vista de uma organização, é possível calcular a taxa de absenteísmo e esta pode ser utilizada como um indicador de medida.

Segundo Sancinetti et al., (2011) um indicador pode “ser usado como guia para monitorar e avaliar a qualidade da assistência e as atividades desenvolvidas num serviço”. Estes autores consideram que os indicadores devem ser utilizados com alguma frequência pelas vantagens que trazem, no que toca à identificação de resultados bons e menos bons que, podem trazer melhoria contínua.

Os indicadores são importantes, porém, tem de existir, também, uma procura recorrente de novos modelos de gestão de recursos humanos, de forma a acompanhar a evolução que se vai fazendo sentir. Após o cálculo dos indicadores é necessário analisar os resultados e interpretá-los, conjugando com novas medidas de gestão de recursos humanos.

A taxa de absenteísmo pode ser calculada da seguinte forma: (Graça, 2002)

$$a) \text{ Taxa de Absenteísmo (TA)} = \frac{\text{Total de Horas de Ausência (THA)}}{\text{Potencial Máximo Anual (PMA)}} \times 100$$

$$b) \text{ Taxa de Absenteísmo (TA)} = \frac{\text{Total de Horas de Ausência (THA)}}{\text{Total de Horas efetivamente Trabalhadas (THET)}} \times 100$$

Ambos os métodos são capazes de calcular esta taxa de forma clara, sendo que, o segundo (b) acaba por ser mais complexo, mas, também, mais rigoroso.

Mais concretamente: (Graça, 2002)

Potencial Máximo Anual (PMA) – Número de horas que, teoricamente, a organização laboraria tendo em conta apenas o período normal de trabalho, efetuado pelos trabalhadores nos dias úteis do ano (excluindo férias e feriados).

Total de Horas Efetivamente Trabalhadas (THET) – Número de horas de trabalho contabilizadas, depois de, adicionando as horas de trabalho suplementar ao PMA, se deduzir as horas não trabalhadas.

A autora Graça (2002) argumenta que a divisão do absenteísmo deve ser feita em dois grandes grupos: ausências por motivos de doença natural ou profissional e de acidentes de trabalho; e as que não se inserem neste grupo.

Relativamente às ausências como licenças de maternidade, férias e outras previstas legalmente, apenas entram no cálculo global e nunca no cálculo específico. (Graça, 2002)

Uma vez elaborada a análise dos resultados e tiradas as conclusões existem problemas para as organizações sempre que os intervalos são excedidos. Aqui entram os recursos humanos, de forma, a atuarem contra estes valores, propondo soluções.

### III) Custos do Absenteísmo

Como já foi acima referido, quando as taxas de absenteísmo excedem as proporções normais são acarretados problemas para a organização. Esses problemas são apresentados em forma de custos, quer sejam diretos ou indiretos, tanto para a organização, como para os funcionários. Estes custos traduzem-se em perdas de produtividade, compensação dos trabalhadores e sobrecarga dos sistemas de segurança social. (Ardito et al., 2012)

De forma a serem estimados os custos associados ao absenteísmo, Peiró et al. (2008) citado em Tiago (2018) propõe que devem ser analisados os seguintes pontos: “Montante do seguro correspondente a dias de baixa, por doença; parte proporcional não trabalhada de pagamentos extras e férias; taxas de acidentes de trabalho correspondentes a dias de licença e honorários de contingências comuns correspondentes aos dias de alta; em caso de acidente de trabalho, salário no dia do acidente; no caso de a empresa completar até 100% de salário,

o suplemento salarial; o trabalho que deveria ter sido feito em dias perdidos, se não houver substituição ou até que ocorra, pode ser realizado por horas extra, as quais carregam uma sobretaxa que tem de ser quantificada; e custos não salariais do substituto”.

Agregados aos custos anteriormente propostos devem estar alguns fatores de difícil quantificação (Peiró et al. (2008) citado em Tiago (2018)):

Em caso de acidente, tempo dedicado pelos acompanhantes dos feridos e perda de tempo em deslocações, consultas e tratamentos, bem como reparos de danos em instalações equipamentos e materiais; perdas de produtividade; menor desempenho do trabalhador à data da sua reintegração; e clima organizacional.

Num estudo dos custos dos problemas de saúde psicológicos pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (2014) foi possível calcular os custos anuais associados ao absentéismo e ao presenteísmo (trabalhadores comparecem no local de trabalho, mesmo que, doente fisicamente ou psicologicamente (Johns, 2010)), para pequenas e médias empresas (PME) e para grandes empresas, devido a perdas de produtividade:

***Tabela 3 - Resumo dos Custos anuais dos Problemas de Saúde Psicológica em Contexto Laboral***

	<b>PME</b>	<b>Grandes Empresas</b>	<b>Total</b>
<b><i>Absenteísmo</i></b>	€1,4 milhões	€46 milhões	€48 milhões
<b><i>Presenteísmo</i></b>	€211 milhões	€71 milhões	€282 milhões
<b><i>Perda de Produtividade (Absentéismo e Presenteísmo)</i></b>	€212 milhões	€117 milhões	€329 milhões

Fonte: Retirado Ordem dos Psicólogos Portugueses, (2014)

Segundo o estudo anterior, a “prevenção e a promoção da saúde psicológica nas empresas portuguesas poderiam resultar numa poupança de €99 milhões anuais (30% do custo anual da perda de produtividade associada aos problemas de saúde psicológica no trabalho)”. (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2014)



### 3 Absenteísmo por motivos de saúde

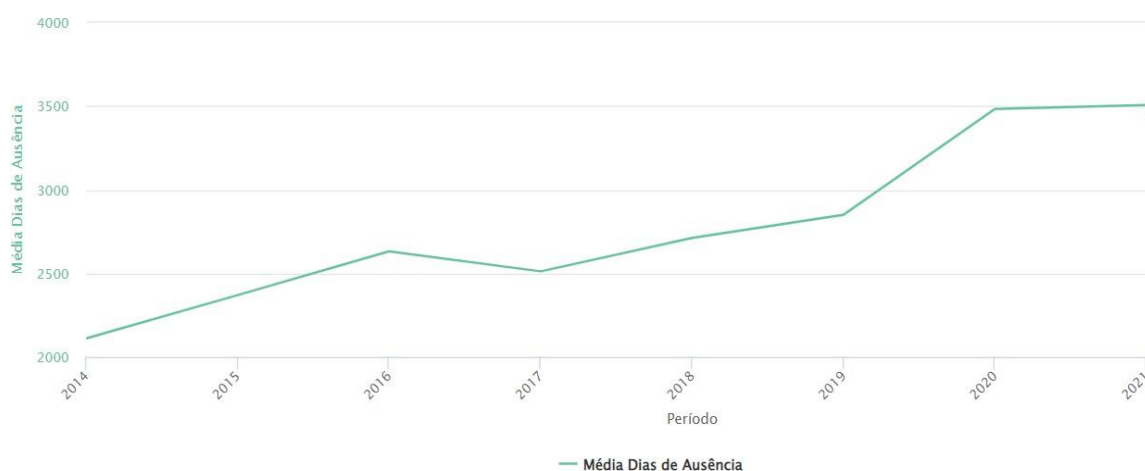
#### 3.1 Enquadramento da Problemática Nacional

No Relatório Social disponível no site do Serviço Nacional de Saúde (SNS) houve um acréscimo sucessivo entre os anos 2014 a 2016, baixando, ligeiramente, em 2017, votando a subir até ao ano de 2021. Nos anos de 2020 e 2021 as taxas de absenteísmo fizeram-se sentir com maior discrepância, face aos anos transatos.

Este pico é explicado pelo aparecimento da pandemia covid-19, que levou a que existissem valores mais elevados do que o normal.

Na figura 9 é apresentada a evolução em termos da média de dias de ausências.

*Figura 9 - Evolução Média dos Dias de Ausência*



Fonte: Retirado de Portugal SNS, (s.d.)

Na tabela 4 são apresentados os dias de ausência em termos de evolução da taxa de absenteísmo entre os anos 2014 e 2021. É possível verificar que ao longo deste intervalo, as taxas de absenteísmo aumentaram, com exceção dos anos 2016 para 2017, que apresentou uma ligeira descida de 0,37%.

*Tabela 4 - Evolução da Taxa de Absenteísmo*

<i>Taxa de Absenteísmo</i>	<i>Percentagem (%)</i>
2014	9,25
2015	10,41

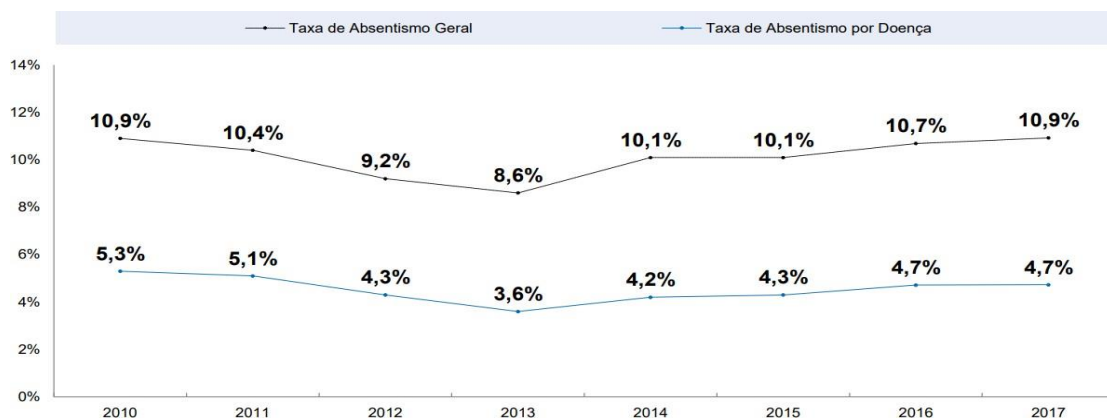
2016	11,51
2017	11,14
2018	12,27
2019	13,02
2020	16,06
2021	16,34

Fonte: Adaptado de Portugal. SNS

Na figura 10 é apresentada a comparação, entre os anos 2010 a 2017, das taxas de absentismo geral e por doença.

Em relação a esta figura podemos concluir que a taxa de absentismo geral foi tendencialmente superior à taxa de absentismo por doença. No ano de 2013 foi onde se fez sentir menos absentismo e 2010 foi o ano onde se fez sentir maior absentismo, para ambos os casos.

**Figura 10 - Evolução da Taxa de Absenteísmo Geral e por Doença**



Fonte: Retirado de Portugal SNS, 2018

Explorando a tipologia de ausência podemos verificar que a maior dispersão ao longo dos anos (de 2014 a 2021) esteve na tipologia “Doença”, seguido de “Proteção de Parentalidade” e “assistência a familiares”. (Figura 11)

**Figura 11 - Média de Dias por Motivos de Ausência**



Para melhor percepção, a tabela 5 mostra as proporções dos 3 principais motivos de absentismo.

**Tabela 5 - Média de Dias de Ausência pelos Motivos Principais**

Ano	Doença	Percentagem	Proteção na Parentalidade	Percentagem	Assistência à Família	Percentagem
2014	12.832,34	9,12%	8.540,38	9,16%	235,68	9,13%
2015	14.268,03	10,14%	9.752,11	10,46%	252,83	9,79%
2016	16.129,79	11,46%	11.164,23	11,98%	336,01	13,01%
2017	15.372,58	10,92%	10.909,85	11,71%	335,91	13,01%
2018	16.610,79	11,80%	11.367,87	12,20%	369,66	14,32%
2019	17.165,66	12,20%	12.080,22	12,96%	394,71	15,29%
2020	23.694,03	16,84%	15.242,54	16,36%	366,52	14,19%
2021	24.637,94	17,51%	14.139,43	15,17%	290,86	11,26%
	<b>140.711,16</b>		<b>93.196,63</b>		<b>2.582,18</b>	

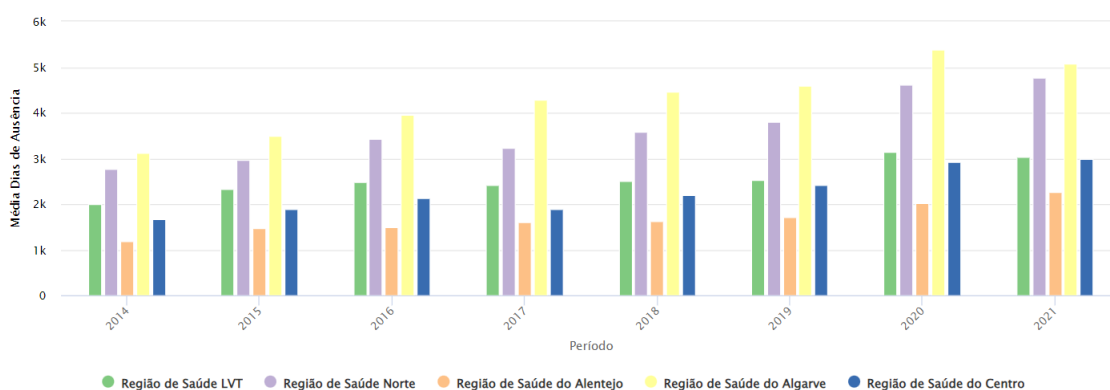
Fonte: Adaptado Portugal SNS

Relativamente ao motivo “Doença”, este apresentou maior valor no ano de 2020 (16,84%) e 2021 (17,51%). Nos restantes anos estes valores eram significativamente mais baixos. Na “Proteção na Parentalidade” o ano com maior percentagem de nº dias médio perdidos foi no ano de 2020 (16,36%) decrescendo no ano 2021 (15,17%). Já no que respeita

à “Assistência à família”, o ano em que se fez sentir maior média de número de dias perdidos foi em 2019 (15,29%), começando a decrescer nos anos 2020 e 2021.

Já no que diz respeito à região, o local onde se faz sentir maior taxa de absentismo é na região do Algarve e Norte, com valores abaixo mencionados na figura 12.

**Figura 12 - Média Dias de Ausência por Região**



Fonte: Retirado Portugal SNS, (s.d.)

Na tabela 6 podemos observar a proporção de valores no decorrer dos anos de 2014 a 2021, relativamente às duas regiões com maiores taxas. No que toca à região do “Norte” houve maiores percentagens de número de dias de ausência no ano de 2021 (16,37%). Já na região do “Algarve” foi em 2020 (15,70%) o ano onde se fez sentir maiores percentagens de ausências.

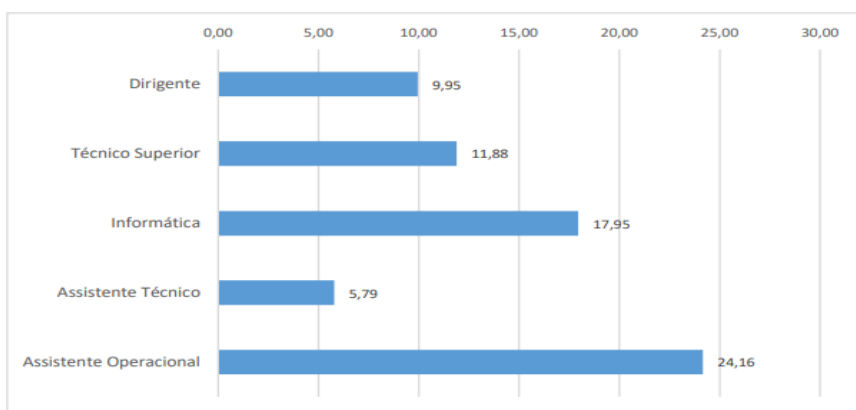
**Tabela 6 - Média de Dias de Ausência por Região**

Ano	Norte	Percentagem	Algarve	Percentagem
2014	2.771,02	9,50%	3.120,48	9,09%
2015	2.973,08	10,19%	3.491,16	10,17%
2016	3.438,96	11,79%	3.946,22	11,49%
2017	3.230,31	11,07%	4.275,38	12,45%
2018	3.573,54	12,25%	4.459,89	12,99%
2019	3.794,11	13,01%	4.583,41	13,35%
2020	4.614,51	15,82%	5.390,18	15,70%
2021	4.776,23	16,37%	5.075,17	14,78%
	<b>29.171,76</b>		<b>34.341,89</b>	

Fonte: Adaptada Portugal SNS

Perante um estudo desenvolvido em 2020 pela Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte (CCDRn) (CCDRn, 2021), as taxas de absentismo, no ano em causa, repartiam-se, sobretudo, pelo cargo de Assistente Operacional (24,16%). Seguidamente vinha o cargo de Informática (17,95%) e o cargo de Técnico Superior (11,88%). Este estudo abrangeu uma população de 307 trabalhadores, dos quais, 200 do sexo feminino e 107 do sexo masculino. (Figura 13)

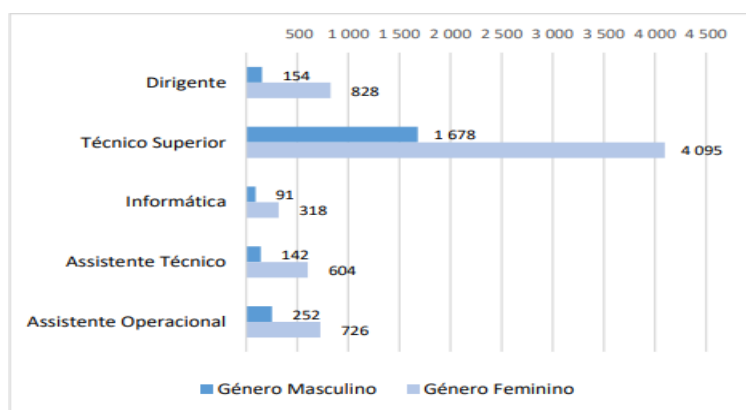
*Figura 13 - Taxas de Absenteísmo por Cargo*



Fonte: Retirado Balanço Social 2020, CCDRn

Tendo em conta estes valores e olhando para a figura 14, verificamos que os maiores valores de absentismo residem no sexo feminino do cargo de Técnico Superior. Num todo o sexo feminino é o que apresenta maiores taxas de absentismo.

*Figura 14 – Absenteísmo em 2020 por Cargo e Género*



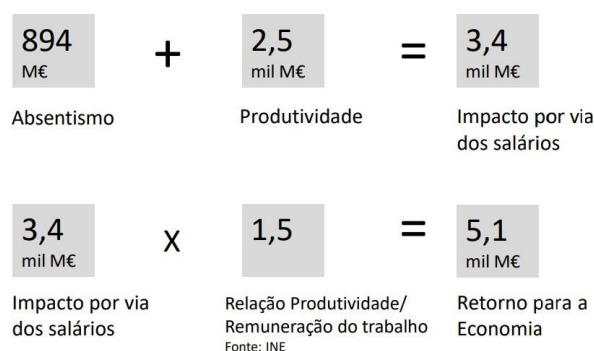
Fonte: Retirado Balanço Social 2020, CCDRn

### 3.2 Impacto do absenteísmo na economia global

Portugal teve, em média, no ano de 2018, cerca de 5,9 dias faltados (2,6% do tempo trabalhado). Estes dias corresponderam a 2,2 mil milhões de euros. Relativamente à produtividade, as faltas tiveram um impacto de 12,2 dias médios perdidos, ou seja, 4,6 mil milhões de euros. (NovaIMS, 2018)

Tendo em conta as variáveis absenteísmo e produtividade, podemos perceber qual o impacto que assistimos por via de salários e o retorno para a economia, uma vez feito o investimento no SNS. (Figura 15)

*Figura 15 - Retorno para a Economia do Investimento no SNS*



Fonte: Retirado NovaIMS, (2018)

Na Letónia “até 2018 foram emitidas licenças médicas pelos médicos de clínica geral e as prestações por doença eram parcialmente pagas pelo empregador, sem qualquer reporte centralizado”. A partir dessa data houve um aumento de quase 5% em 2019, face a 2018, do número de casos de licença médica, explicada pela introdução de uma nova plataforma que exige a emissão de licenças através do sistema online. Isto sugere que existe cada vez mais ausências por doença na Letónia. (Lakiša et al., 2021)

Neste caso em concreto, do 2º ao 10º dia de doença o empregador paga o subsídio – 75% da remuneração. A partir daí, a segurança social paga um subsídio de 80% do salário. (Lakiša et al., 2021)

Na Suécia, os benefícios da ausência por doença são concedidos pela segurança social a todos os indivíduos, a partir dos 16 anos, desde que tenham rendimento laboral ou subsídio de desemprego. Os empregadores pagam um subsídio nos primeiros 14 dias, existindo 1 dia de qualificação sem benefícios. Este subsídio corresponde a 80% e 60% do salário perdido para, respetivamente, ausência por doença e pensão por invalidez. Este direito a subsídio pressupõe um rendimento mínimo. (Wang et al., 2022)

No Reino Unido, no ano de 2017, os funcionários tiveram uma média de 4,1 dias de doença. Estima-se que desde 1993 este montante tem vindo a diminuir. Em consequência, foram perdidas 3,9% horas de trabalho por ausência devido a doença, em 2017, comparativamente a 1,2%, para outros trabalhadores. (Bryan et al., 2021)

A nível financeiro, por funcionário, no ano de 2016, foram gastos 522£, pelos empregadores, embora os funcionários tenham, também, de arcar com despesas se a ausência resultar da redução do rendimento. (Bryan et al., 2021)

No caso da Polónia, no ano de 2013, gravidez, parto e puerpério são as causas com maior número de ausências, causando, conseqüentemente, perda na produtividade de, aproximadamente, 2,96 bilhões de euros. (Genowska et al., 2017) No total, as doenças representadas neste estudo perfizeram, aproximadamente, 213.393 dias de absentismo, o que causou um custo por trabalhador de 1.409 euros e uma perda de produtividade de 16,38 bilhões de euros.

No que toca ao absentismo associado ao cuidado de familiares, totalizaram-se 9.227 dias, o que trouxe 51 euros de custos por trabalhador e 0,71 bilhões de euros na produtividade.

De um modo geral, 222.620 foram os dias totais de absentismo na Polónia, no ano de 2013, o que levou a uma perda de produtividade de 17,09 bilhões de euros e 1460 euros de custos por trabalhador.

Na Finlândia são feitos os registos das licenças médicas. Para períodos inferiores a 3 dias são os funcionários que preenchem os próprios certificados. Para períodos superiores a 3 dias é necessária uma licença médica. Os períodos de ausência são examinados separadamente: períodos curtos de ausência por doença (1-3 dias); períodos medicamente confirmados (4-14 dias); e períodos longos de ausência por doença autocertificados (>15 dias). (Rahkonen et al., 2012)

Estudos de Pichler, (2008) obtiveram resultados a favor de que as faltas por doença são aumentadas durante os crescimentos económicos. Algumas explicações para este facto centram-se na “menor condição de saúde dos empregados principalmente durante os crescimentos económicos”, “medo de perder o emprego” e “carga de trabalho mais pesada”.

Relativamente às baixas médicas, no caso concreto da Bulgária, o contribuinte paga 70% do salário bruto médio diário, nos primeiros três dias de baixa. À Segurança Social cabe pagar a partir do quarto dia e até à recuperação, ou invalidez permanente, 80% do rendimento base. No caso de ser uma baixa médica por doença profissional a percentagem ascende a 90% da remuneração média diária. (Toseva et al., 2018)

De acordo com o estudo de alguns autores, a despesa total de saúde, em percentagem, aumentou de 6,2 em 2000 para 7,3 em 2011; e as despesas da segurança social aumentaram de 12% em 2000 para 68,4% em 2011. (Toseva et al., 2018)



## 4 Metodologia

### 4.1 Dados

Os dados usados neste estudo provêm do INS 2019, tendo sido disponibilizados pelo INE, mediante solicitação (PED-550259018; Processo 1041 – Protocolo INE/FCT/DGEEC).

O INS 2019 foi realizado pelo INE e tem como base uma amostra representativa de 22.191 alojamentos de todo o território nacional. Este inquérito enquadra-se no projeto EHIS (European Health Interview Survey).

O inquérito em análise baseia-se na caracterização da população com idade igual ou superior a 15 anos, em três grandes domínios: estado de saúde, cuidados de saúde e determinantes de saúde relacionadas com estilos de vida.

As respostas ao INS 2019 tiveram como intervalo temporal setembro de 2019 a janeiro de 2020, através de entrevistas presenciais e web. Foram obtidas 14.617 respostas válidas (INE, 2020b). A amostra final usada no presente estudo contém 5.791 observações, depois de terem sido eliminadas as observações com respostas em falta em algumas das variáveis de interesse para a nossa análise, bem como, as observações sobre os indivíduos aos quais não se aplicavam a pergunta sobre ausência ao trabalho.

### 4.2 Variáveis em Estudo

A variável dependente, binária, resulta da pergunta “Nos últimos 12 meses, faltou ao trabalho, pelo menos, um dia completo devido a problemas de saúde?”, assumindo o valor 1 em caso de resposta afirmativa. Na análise exploratória de dados também considerámos as faltas ao trabalho consoante a sua duração (número de dias de ausência). Na base de dados do INS 2019 as respostas encontram-se categorizadas do modo seguinte: 1 a 7 dias; 8 a 14 dias; 15 a 30 dias; 31 a 180 dias; 181 ou mais dias.

As variáveis explicativas foram selecionadas tendo em conta a revisão teórica e empírica apresentada na secção 2. Assim, foram incluídas no estudo variáveis relacionadas com o estado de saúde do indivíduo, bem como, variáveis sociodemográficas (sexo, idade, rendimento, educação, estado civil e tipo de agregado), a região de residência, a área de atividade económica, tempo de trabalho e a existência de seguro para além do SNS.

Todas as variáveis mencionadas anteriormente estão especificadas na tabela 7.

No caso do estado de saúde, foram incluídas variáveis binárias relativas ao estado de saúde autoavaliado, limitações nas atividades diárias e problema de saúde prolongado

(definidas conforme mostra a tabela 7). Em termos de doenças crónicas, definiu-se a variável multimorbilidade (quando o indivíduo sofre de duas ou mais doenças crónicas), tendo-se ainda considerado isoladamente algumas condições que, segundo a literatura, têm particular impacto no absentismo. São estas a depressão, a bronquite crónica e a asma. A partir das variáveis Peso e Altura, calculámos o IMC tendo sido este categorizado conforme apresentado na tabela 7. Outras duas variáveis que foram introduzidas dizem respeito ao consumo de tabaco e álcool. Para este efeito, na tabela 7 encontram-se, também, categorizadas por intervalos.

*Tabela 7 - Descrição das Variáveis*

<i>Fatores de Risco</i>	<i>Definição</i>	<i>Média</i>
<u>Variável dependente</u>		
Ausencia	= 1 se o indivíduo faltou ao trabalho pelo menos um dia completo nos últimos 12 meses por problemas de saúde, 0 caso contrário	0,27
<u>Variáveis explicativas</u>		
<u>Variáveis sociodemográficas</u>		
Sexo_cod	=1 se o indivíduo é do sexo feminino, 0 caso contrário	0,52
Idade_15a24	=1 se o indivíduo tem idade compreendida entre 15 e 24 anos, 0 caso contrário	0,04
Idade_25a39	=1 se o indivíduo tem idade compreendida entre 25 e 39 anos	0,25
Idade_40a54	=1 se o indivíduo tem idade compreendida entre 40 e 54 anos	0,43
Idade_55a69	=1 se o indivíduo tem idade compreendida entre 55 e 69 anos	0,27

Idade_70a84	=1 se o indivíduo tem idade compreendida entre 70 e 84 anos	0,01
Idade_sup.85	=1 se o indivíduo tem idade superior a 85 anos	0,00
RegiaoNorte	=1 se o indivíduo pertence à NUTS II Norte, 0 caso contrário	0,14
RegiaoAlgarve	=1 se o indivíduo pertence à NUTS II Algarve, 0 caso contrário	0,13
RegiaoLisboa	=1 se o indivíduo pertence à NUTS II Lisboa, 0 caso contrário	0,11
RegiaoAlentejo	=1 se o indivíduo pertence à NUTS II Alentejo, 0 caso contrário	0,16
RegiaoCentro	=1 se o indivíduo pertence à NUTS II Centro, 0 caso contrário	0,19
RegiaoAcores	=1 se o indivíduo pertence à NUTS II Açores, 0 caso contrário	0,15
RegiaoMadeira	=1 se o indivíduo pertence à NUTS II Madeira, 0 caso contrário	0,13
Estado_Casado	=1 se casado ou vive em relação de conjugalidade legal ou de facto, 0 caso contrário	0,64
Estado_Solteiro	=1 se solteiro e vive só ou não tem relação de conjugalidade, 0 caso contrário	0,23

Estado_Viúvo	=1 se viúvo e vive só ou não tem relação de conjugalidade, 0 caso contrário	0,03
Estado_Divorciado	=1 se divorciado e vive só ou não tem relação de conjugalidade, 0 caso contrário	0,11
Agregado_Unipessoal	=1 se o indivíduo pertence ao agregado unipessoal, 0 caso contrário	0,19
Agregado_Monoparental	=1 se o indivíduo pertence ao agregado monoparental com, pelo menos, um filho, 0 caso contrário	0,10
Agregado_Casal	=1 se o indivíduo pertence ao agregado casal com ou sem filhos, 0 caso contrário	0,63
Agregado_Outro	=1 se o indivíduo pertence a outro tipo de agregado, 0 caso contrário	0,07
<u>Variáveis Socioeconómicas</u>		
Escolaridade_Basico	=1 se o indivíduo não tem nenhum nível completo ou se tiver completado o 1º, 2º e 3º ciclo do básico, 0 caso contrário	0,48
Escolaridade_Secundário	=1 se o indivíduo tiver completado o ensino secundário (nível mais alto), 0 caso contrário	0,24
	=1 se o indivíduo tiver o nível como mais completo pós-secundário ou C. T. superior	

Escolaridade_Superior	profissional ou licenciatura ou mestrado ou doutoramento e seus equivalentes, 0 caso contrário	0,28
Rendimento_1°	=1 se o indivíduo está no 1° quintil (mais pobre) do rendimento mensal líquido por adulto equivalente, 0 caso contrário	0,14
Rendimento_2°	=1 se o indivíduo está no 2° quintil do rendimento mensal líquido por adulto equivalente, 0 caso contrário	0,14
Rendimento_3°	=1 se o indivíduo está no 3° quintil do rendimento mensal líquido por adulto equivalente, 0 caso contrário	0,20
Rendimento_4°	=1 se o indivíduo está no 4° quintil do rendimento mensal líquido por adulto equivalente, 0 caso contrário	0,27
Rendimento_5°	=1 se o indivíduo está no 5° quintil (mais rico) do rendimento mensal líquido por adulto equivalente, 0 caso contrário	0,26
Tempo_Trabalho	=1 se o indivíduo trabalha a tempo completo, 0 caso contrário	0,94
Atividade_Agricultura	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas da agricultura, produção animal,	0,05

	caça, floresta e pesca, 0 caso contrário	
Atividade_Industria	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas da indústria extrativa, transformadora, produção de eletricidade, gás e distribuição de água, 0 caso contrário	0,13
Atividade_Construcao	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas da construção, 0 caso contrário	0,07
Atividade_Comercio	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas do comércio por grosso e a retalho, reparação de veículos automóveis e motociclos, 0 caso contrário	0,14
Atividade_Transportes	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas de transportes e armazenagem, 0 caso contrário	0,04
Atividade_Alojamento	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas de alojamento, restauração e similares, 0 caso contrário	0,09
Atividade_Comunicacao	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas da comunicação e atividades de informação, 0 caso contrário	0,02
Atividade_Financeiro	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas de atividades financeiras e de seguros, 0 caso contrário	0,02

Atividade_Imobil	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas de atividades imobiliárias, de consultoria, científicas, administrativas e serviços de apoio, 0 caso contrário	0,09
Atividade_AdmPublica	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas da administração pública e defesa e segurança social obrigatória, 0 caso contrário	0,09
Atividade_Educacao	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas da educação, 0 caso contrário	0,10
Atividade_Saude	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas da saúde humana e apoio social, 0 caso contrário	0,11
Atividade_Artes	=1 se o indivíduo exerce profissão nas áreas artísticas ou outras atividades de serviços, domésticas, organismos internacionais, 0 caso contrário	0,06
<u>Variáveis de Saúde</u>		
Apenas_SNS	=1 se o indivíduo não está coberto por subsistemas de saúde ou seguro privado além do SNS, 0 caso contrário	0,51
ProblemaSaude	=1 se o indivíduo tem algum problema de saúde prolongado, 0 caso contrário	0,40

Autoapreciacao_Bom_MuitoBom	=1 se o indivíduo autoaprecia o seu estado de saúde como bom ou muito bom, 0 caso contrário	0,65
Limitacao_Severa	=1 se o indivíduo está severamente limitado para a realização de atividades devido a problema de saúde, 0 caso contrário	0,01
Multimorbilidade	=1 se o indivíduo apresenta pelo menos duas doenças crónicas de entre as seguintes: asma, bronquite crónica, enfarte do miocárdio, doença coronária do coração, hipertensão arterial, AVC, artrose, dores lombares, dores cervicais, diabetes, alergia, cirrose hepática, incontinência urinária, problemas renais, depressão e colesterol, 0 caso contrário	0,40
Depressao	=1 se o indivíduo sofrer da doença crónica depressão, 0 caso contrário	0,09
Bronquite_Cronica	=1 se o indivíduo sofrer da doença crónica bronquite, 0 caso contrário	0,03
Asma	=1 se o indivíduo sofrer da doença crónica asma, 0 caso contrário	0,04
IMC_BaixoPeso	=1 se o indivíduo está abaixo do peso recomendado com	0,01



	valores inferiores a 18,5; 0 caso contrário	
IMC_PesoNormal	=1 se o indivíduo está no peso recomendado com valores entre 18,5 e 24,9; 0 caso contrário	0,43
IMC_ExcessoPeso	=1 se o indivíduo está acima do peso recomendado com valores entre 25 e 29,9; 0 caso contrário	0,39
IMC_ObesidadeGrau1	=1 se o indivíduo está acima do peso recomendado com valores entre 30 e 34,9; 0 caso contrário	0,13
IMC_ObesidadeGrau2	=1 se o indivíduo está acima do peso recomendado com valores entre 35 e 39,9; 0 caso contrário	0,03
IMC_ObesidadeMorbida	=1 se o indivíduo está acima do peso recomendado com valores superiores a 40; 0 caso contrário	0,01
Tabaco_Diariamente	=1 se o indivíduo consome tabaco diariamente, 0 caso contrário	0,21
Tabaco_Ocasionalmente	=1 se o indivíduo consome tabaco ocasionalmente, 0 caso contrário	0,03
Tabaco_JaFumou	=1 se o indivíduo já fumou, mas atualmente não fuma, 0 caso contrário	0,23

Tabaco_NuncaFumou	=1 se o indivíduo não fuma, nem nunca fumou, 0 caso contrário	0,53
Alcool_Diariamente	=1 se o indivíduo consome álcool diariamente, 0 caso contrário	0,17
Alcool_1a6diasSemana	=1 se o indivíduo consome álcool entre 1 e 6 dias por semana, 0 caso contrário	0,27
Alcool_ate3diasMes	=1 se o indivíduo consome álcool até 3 dias por mês, 0 caso contrário	0,31
Alcool_NuncaConsumiu	=1 se o indivíduo nunca consumiu, consome ocasionalmente para provar ou deixou de consumir, 0 caso contrário	0,25

Fonte: Autoria Própria

### 4.3 Análise de Dados

A análise dos dados inicia-se com as estatísticas descritivas das variáveis. Ainda dentro desta análise exploratória pretende-se investigar como se comporta a variável dependente nos diferentes grupos definidos em função das variáveis explicativas consideradas. Nesta análise vão ser elaborados testes estatísticos utilizando o Teste do Qui-Quadrado com um nível de significância de 5%.

Por forma a controlar para possíveis efeitos confundentes, elaboramos de seguida uma análise de regressão logística múltipla.

Foi usada a Regressão Logística, de forma a perceber se a variável categórica representa a probabilidade de ela acontecer ou não. (Federighi & Chagas, 2017)

Para isso, a análise da regressão considera-se como variável binária dependente “Ausencia” conforme definida na tabela 7.

O principal resultado de interesse da regressão logística é o “Odds Ratio” (razão de chances) ou razão de possibilidades. Esta grandeza “resulta da razão da chance de exposição num determinado grupo (faltas ao trabalho) dividido pela chance de exposição noutra grupo, tomado como categoria de referência”. A chance é uma razão associada ao sucesso (faltou ao trabalho) e ao insucesso (não faltou ao trabalho). (Cruz et al., 2022) Na coluna do “Odds Ratio”, para valores acima de 1, se cada categoria aumentar em uma unidade, as chances de existirem faltas ao trabalho são maiores. Por outro lado, quando o valor desta constante está abaixo de 1, se a categoria aumentar uma unidade, as chances de ocorrerem faltas ao trabalho são menores. (Federighi & Chagas, 2017) As categorias de referência do nosso estudo são: sexo masculino; idade superior a 85 anos; região Lisboa; estado civil viúvo; agregado casal; escolaridade secundário; 3º quintil de rendimento; tempo de trabalho parcial; atividade económica associada aos transportes; cobertura de subsistemas de assistência à doença ou seguro de saúde privado, além SNS; não possuir problemas de saúde prolongado; autoavaliação do estado de saúde como razoável/ mau/muito mau; não limitação ou limitação, mas não severa; dispor, no máximo, de uma doença crónica; não possuir depressão; não possuir bronquite crónica; não possuir asma; obesidade grau 2; consumo ocasional de tabaco e consumo de álcool diário.

Relativamente ao IC (intervalo de confiança), quando o valor 1 não estiver incluído nestes limites inferior e superior, significa que a categoria tem uma contribuição significativa no aumento da chance de as faltas ocorrerem, por motivos de saúde.

Os dados disponibilizados pelo INE foram alvo de tratamento estatístico através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28.



## 5 Apresentação dos Resultados

### 5.1 Análise Exploratória

#### 5.1.1 Análise Descritiva

Tendo em conta as observações, o universo da amostra é composto, maioritariamente, por mulheres, representando 52,1% (n=3.017), enquanto que os homens são apenas 47,9% (n=2.774).

Relativamente ao intervalo de idades das observações verificou-se que a maioria dos inquiridos se situa entre as idades de 40 e 54 anos (43%). As restantes faixas etárias apresentam uma ordem decrescente: 55 a 69 anos (27%), 25 a 39 anos (25%), 15 a 24 anos (4%), 70 a 84 anos (1%) e, por fim, mais de 85 anos (0%).

No que concerne à distribuição por região, apurou-se que na região Centro é onde existe maior quantidade de observações (18,9% e n=1.095).

Relativamente à variável “Estado Civil” a maior distribuição representa o estado civil casado, com uma percentagem de 63,7% (n=3.691), seguido do estado civil solteiro, com 22,7% (n=1.316), estado civil divorciado, com 10,8% (n=627), e, por fim, estado civil viúvo, com 2,7% (n=157).

Ao longo da amostra em análise é perceptível a predominância no ensino básico, tendo uma representatividade de 48,1% (n=2.784), seguido do ensino superior, que equivale a 27,7% (n=1.605) e, por fim, ensino secundário, representando 24,2% da amostra (n=1.402).

Já no que toca à distribuição das observações por tempo de trabalho, aproximadamente 94% dos inquiridos trabalham a tempo completo (n=5.452). Pelo contrário, a tempo parcial a dispersão é de, aproximadamente, 6% (n=339).

Relativamente à atividade económica dos inquiridos, a grande maioria situa-se na atividade económica “Comércio” (13,5% e n=784), seguido de “Indústria” (13,1% e n=761). Pelo contrário, a atividade económica com menos proporção é “Comunicação” (1,7% e n=99), seguido da atividade económica “Financeiro” (1,9% e n=112).

No que concerne à distribuição das observações por agregado, 64% representa o agregado “Casal” (n=3.675), 19,1% diz respeito ao agregado “Unipessoal” (n=1.106), 10% é respeitante ao agregado “Monoparental” (n=600) e, por fim, 7% caracteriza outro tipo de agregado (n=410).

Na caracterização dos quintis de rendimento associados aos inquiridos, podemos observar que a maioria dos inquiridos têm um rendimento que representa o 4º quintil

(n=1.562), seguido do 5º quintil (n=1.503), do 3º quintil (n=1.146), do 2º quintil (n=797) e, por fim, do 1º quintil (n=783).

Neste tecido amostral, 51,2% (n=2.965) tem direito apenas aos benefícios do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Pelo contrário, 48,8% (n=2.826), para além dos benefícios do SNS, tem, também, seguro de saúde ou qualquer outro subsistema de assistência na doença.

Referindo, agora, a distribuição por problemas de saúde prolongado, doenças sofridas, autoapreciação do estado de saúde e limitação para a realização de atividades por problemas de saúde, a percentagem de 59,6% (n=3.454) diz não sofrer de problemas de saúde prolongado, contrariamente aos 40,4% (n=2.337) que refere que sofre. Relativamente às necessidades de saúde, 64,9% (n=3.756) autoaprecia o seu estado como bom/ muito bom e 1,1% (n=63) refere ter uma limitação severa para a realização de atividades devido a problemas de saúde. É de mencionar que 40,4% (n=2.337) expõe sofrer de multimorbidade. Dentro do grupo de indivíduos que sofre de, pelo menos, uma doença crónica, 9% (n=520) sofre de depressão, 4,5% (n=260) sofre de asma e 3,1% (n=180) sofre de bronquite crónica.

Nesta análise, verificou-se que predomina um IMC que caracteriza um peso normal com uma percentagem de 43,5% (n=2.517), 38,6% (n=2.234) representa um excesso de peso, 13,1% (n=760) e 2,8% (n=163) simboliza, respetivamente, obesidade grau 1 e obesidade grau 2 e, por fim, 1,2% (n=70) caracteriza baixo peso e 0,8% (n=47) reflete obesidade mórbida.

Analisando o consumo de tabaco, 53% (n=3.086) nunca fumou, 23% (n=1.323) já fumou, mas atualmente não fuma, 21% (n=1.205) fuma diariamente e, uma pequena percentagem de 3% (n=177), fuma ocasionalmente.

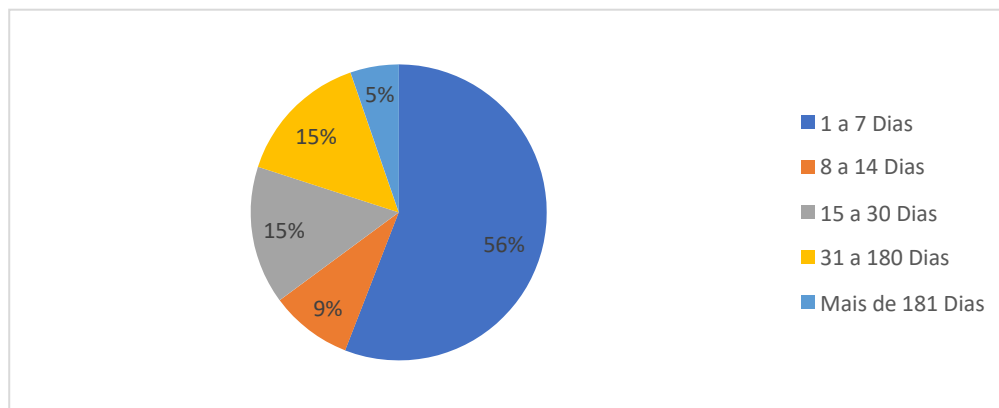
No caso do consumo de álcool, 31% (n=1.804) consome até 3 dias por mês, 27% (n=1.533) consome 1 a 6 dias por semana e, respetivamente, 25% (n=1.455) e 17% (n=999) nunca consumiu álcool e consome diariamente.

Do total desta amostra, 26,7% (n=1.549) dos inquiridos faltou ao trabalho por motivos de doença nos últimos 12 meses. De acordo com a figura 16 de entre os indivíduos que faltaram pelo menos um dia completo, 56% dos inquiridos (n=866) relatam que faltaram 1 a 7 dias, 15% (n=234) faltaram entre 15 a 30 dias, 15% (n=228) 31 a 180 dias e 9% (n=139) e 5% (n=82) traduzem faltas entre 8 a 14 dias e mais de 181 dias, respetivamente

Do total desta amostra, 26,7% (n=1.549) dos inquiridos faltou ao trabalho por motivos de doença nos últimos 12 meses. De acordo com a figura 16 de entre os indivíduos que faltaram pelo menos um dia completo, 56% dos inquiridos (n=866) relatam que faltaram 1

a 7 dias, 15% (n=234) faltaram entre 15 a 30 dias, 15% (n=228) 31 a 180 dias e 9% (n=139) e 5% (n=82) traduzem faltas entre 8 a 14 dias e mais de 181 dias, respetivamente.

*Figura 16 - Distribuição das Observações por Dias de Ausência*



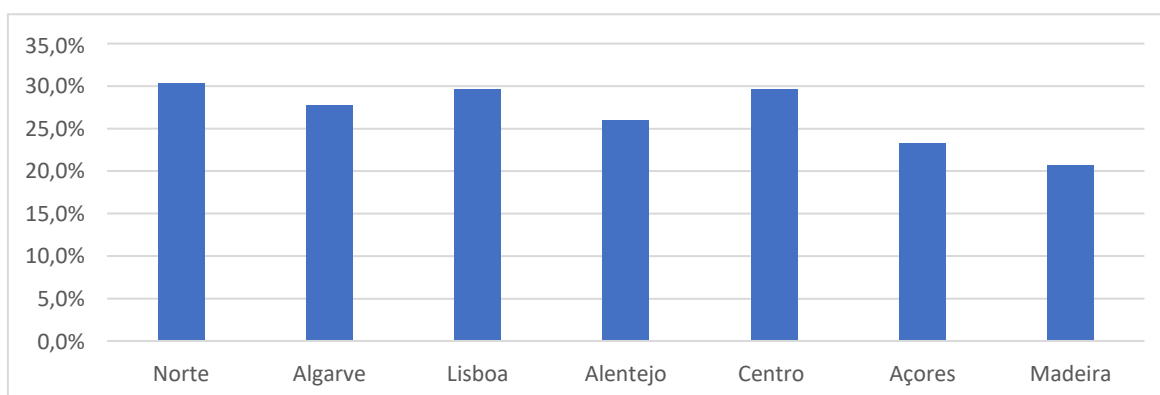
Fonte: Autoria Própria

### 5.1.2 Análise Inferencial

Numa análise mais minuciosa podemos, cruzando as variáveis explicativas com a variável dependente, perceber se existe uma associação estatisticamente significativa ou não entre elas.

É interessante verificar que existe maior proporção de indivíduos na região Norte (30,3%) que referem que reportaram faltas ao trabalho, por motivos de saúde. Seguidamente, estão Lisboa e Centro com 29,6%, Algarve com 27,7%, Alentejo com 26% e, por fim, Açores e Madeira com, respetivamente, 23,2% e 20,6%. (Figura 17)

*Figura 17 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Região*

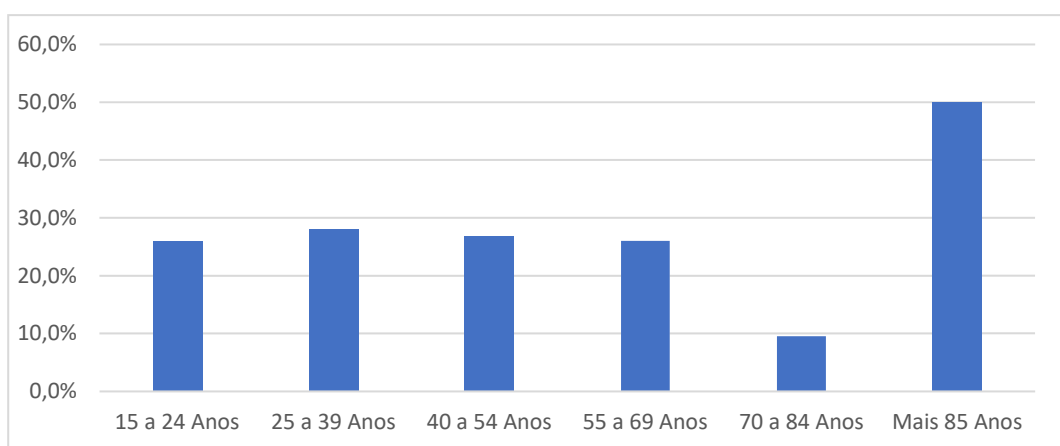


Fonte: Autoria Própria

Nota: p-value (Região) <0,001

Relativamente à variável “Sexo” (p-value:<0,001) existem mais mulheres a faltar (30%) do que homens (23,2%) e no caso do intervalo das idades é de salientar que entre os 25 e 39 anos é onde existe maior proporção de faltas laborais (28,1%). O intervalo de idades (figura 18) onde existe menor proporção de faltas é entre os 70 e os 84 anos (9,5%).

**Figura 18 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Idade**

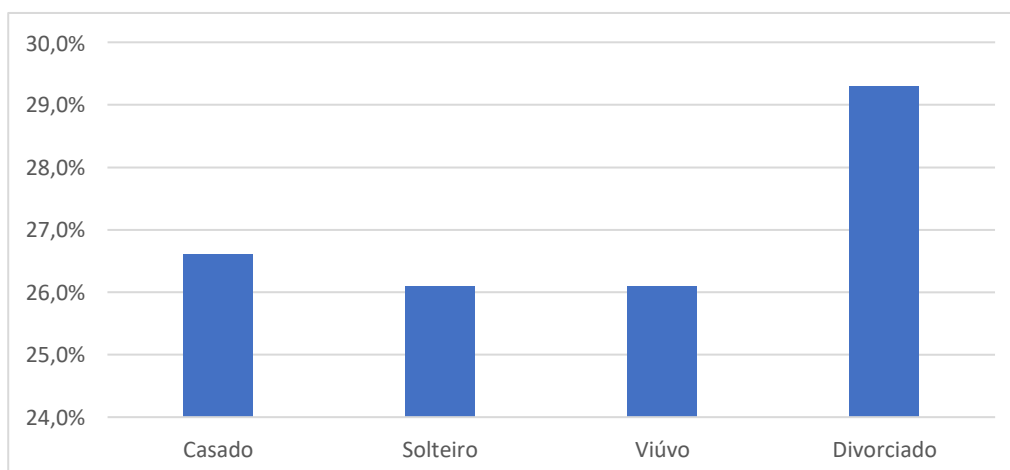


Fonte: Autoria Própria

Nota: p-value (Idade) = 0,012

Procedendo à mesma comparação entre os componentes da variável “Estado Civil” (figura 19), a categoria “Divorciado” é onde existe maior percentagem de faltas (29,3%). Posteriormente, vêm as categorias “Casado” (26,6%) e “Solteiro” e “Viúvo” (26,1%).

**Figura 19 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Estado Civil**



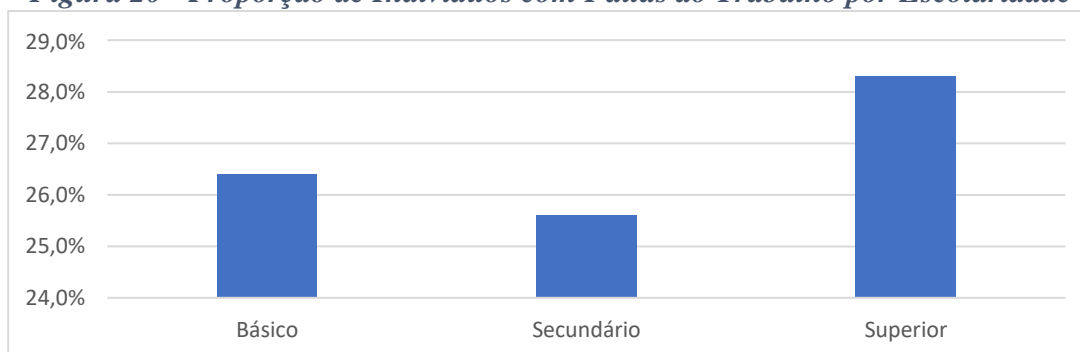
Fonte: Autoria Própria

Nota: p-value (Estado Civil) = 0,0473



No que toca à escolaridade os inquiridos com ensino superior, como nível mais elevado e completo, são aqueles que apresentam maiores taxas de faltas ao trabalho (28,3%). Imediatamente a seguir está a escolaridade “Básico” (26,4%) e “Secundário” (25,6%). (Figura 20)

**Figura 20 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Escolaridade**



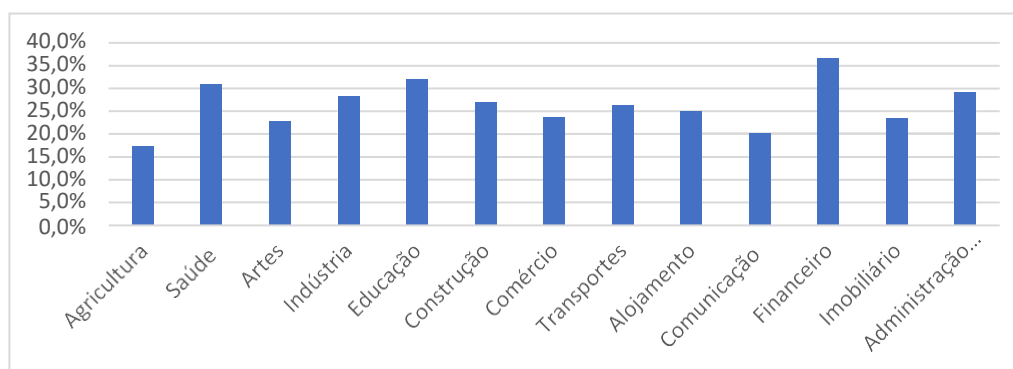
Fonte: Autoria Própria

Nota: p-value (Escolaridade) = 0,382

Quando se procura analisar o tempo de trabalho (p-value: 0,221), a amostra que trabalha a tempo completo é a que apresenta maior taxa de faltas ao trabalho por motivos de saúde (26,9%), ao contrário da proporção que trabalha a tempo parcial (23,9%).

É possível observar que a atividade financeira, as atividades de educação e de saúde são as atividades económicas com taxas de faltas mais elevadas, pelo que, correspondem, respetivamente, a 36,6%, 32,1% e 30,9%. Menor proporção de faltas estão as atividades relacionadas com a agricultura (17,4%). (Figura 21)

**Figura 21 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Atividade Económica**

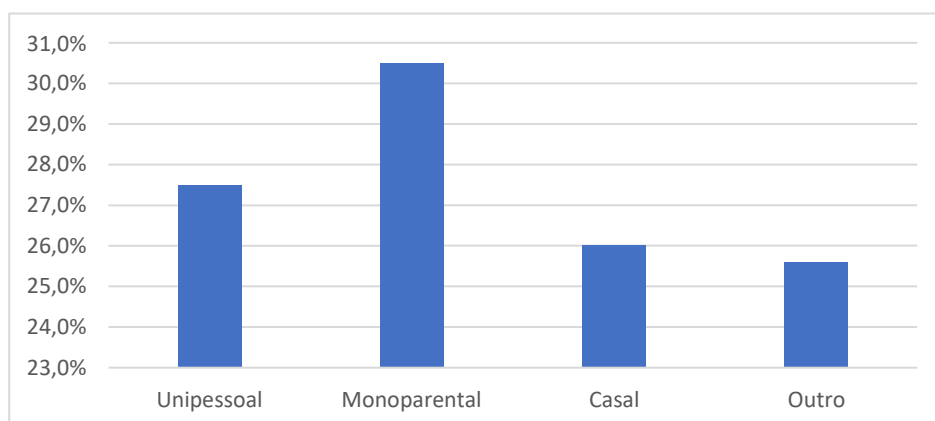


Fonte: Autoria Própria

Nota: p-value (Atividade Económica) <0,001

Quanto ao agregado familiar (figura 22), indivíduos que referem faltar mais ao trabalho são pertencentes a um agregado monoparental (30,5%), seguido do agregado unipessoal (27,5%), agregado casal (26%) e outro agregado (25,6%).

*Figura 22 – Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Agregado*

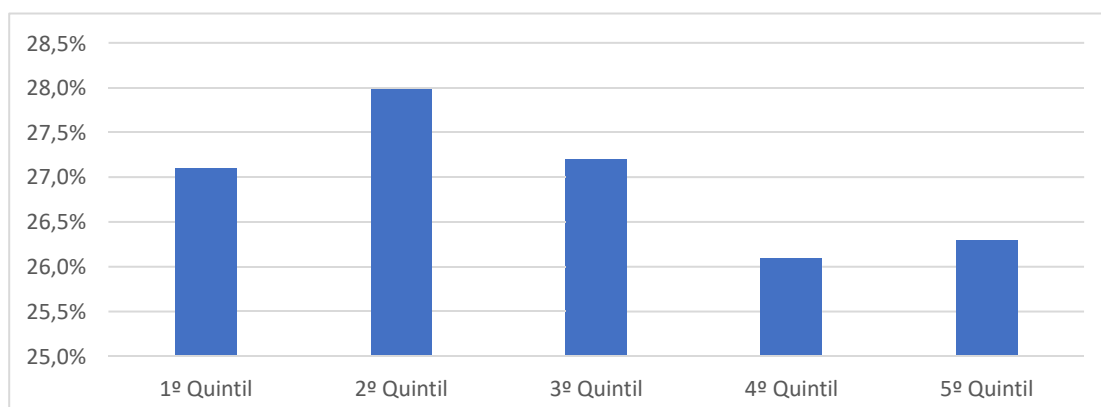


Fonte: Autoria Própria

Nota: p-value (Agregado) = 0,078

No que concerne ao rendimento (figura 23), o 2º quintil é o que simboliza a maior proporção de faltas com 28%. Muito próximos estão o 3º quintil e o 1º quintil com, respetivamente, 27,2% e 27,1%, e o 5º quintil e o 4º quintil com, respetivamente, 26,3% e 26,1%.

*Figura 23 - Proporção de Indivíduos com faltas ao Trabalho por Rendimento*



Fonte: Autoria Própria

Nota: p-value (Rendimento) = 0,854

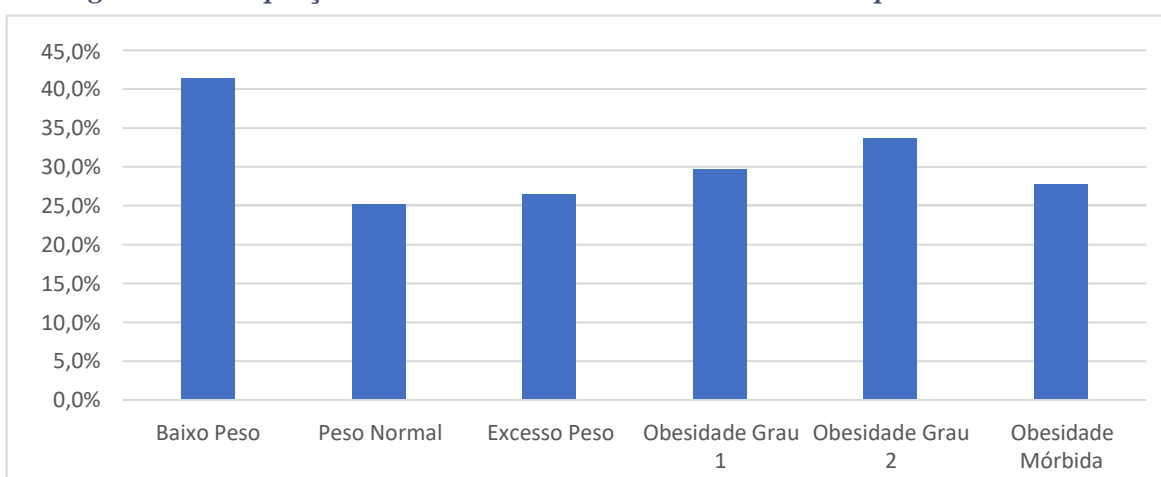
A proporção de pessoas que faltam ao trabalho com apenas os subsistemas do SNS (p-value:0,020) correspondem a 25,4%. Pelo contrário, as que dizem faltar ao trabalho, mas que têm cobertura para além do SNS representam uma proporção de 28,1%.

Cumprir referir que 35,8% e 20,6% das observações que expõem, respetivamente, sofrer e não sofrer de problemas de saúde prolongado (p-value: <0,001), faltam ao trabalho por motivos de saúde. Quanto à autoapreciação boa/ muito boa (p-value: <0,001) e à limitação severa na realização de atividades (p-value: <0,001), 21,3% e 60,3%, respetivamente, concluem faltar ao trabalho. Dos indivíduos que autoapreciam o seu estado de saúde como muito mau, mau ou razoável e dos que referem estar limitados, mas não severamente ou nada limitados, respetivamente, 36,8% e 26,4% apresentam faltas ao trabalho.

Verificou-se que 51,3%; 38,1%; e 40% das pessoas que têm, respetivamente, depressão (p-value: <0,001), asma (p-value: <0,001) e bronquite (p-value:<0,001) faltam ao trabalho. Por comparação a estes valores dos indivíduos que referem não sofrer de depressão, asma e bronquite, 24,3%; 26,2% e 26,3% faltaram ao trabalho, respetivamente. Quanto aos indivíduos que sofrem de multimorbilidade (p-value: <0,001), 37,4% faltam ao trabalho e dos que não sofrem, 19,6% também apresenta faltas laborais.

Estes dados revelam, também, que as respostas que representam a categoria “Baixo Peso”, seguida da categoria “Obesidade Grau 2” têm taxas maiores de faltas e expressam percentagens de 41,4% e 33,7%, respetivamente. Dentro do IMC a categoria que apresenta menor proporção de faltas é “Peso Normal” (25,1%).

**Figura 24 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por índice de IMC**

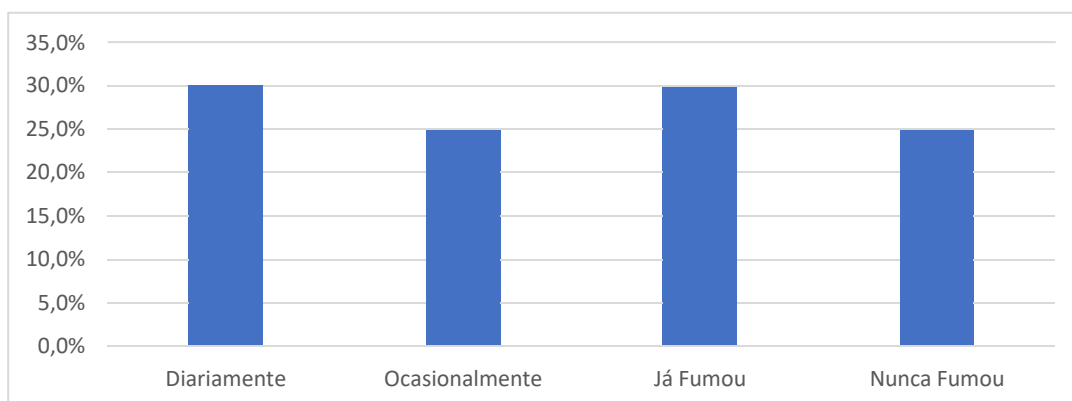


Fonte: Autoria Própria

Nota: p-value (IMC) = 0,002

Relativamente ao consumo de tabaco, 30,5% dos respondentes, que referem fumar diariamente, apresentam faltas ao trabalho. Do total da amostra, 29,6% das pessoas que já fumaram, 24,3% das que fumam ocasionalmente e 24,2% das que nunca fumaram, faltaram ao trabalho.

**Figura 25 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Consumo de Tabaco**

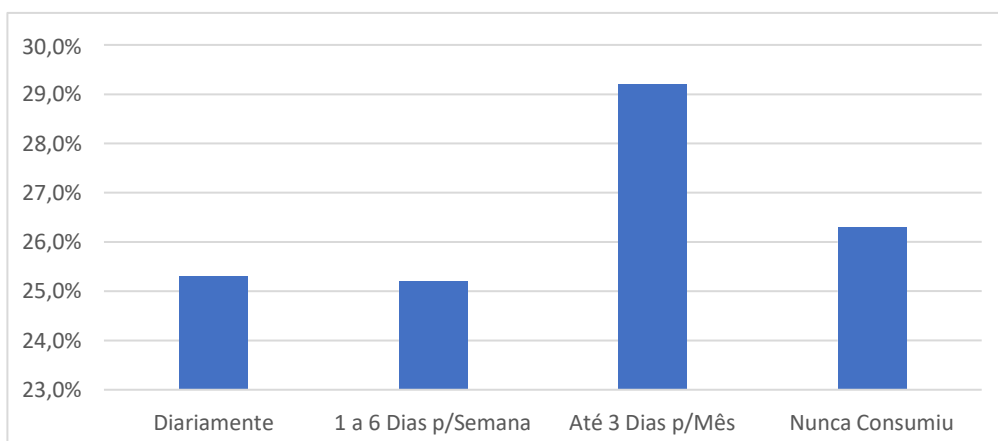


Fonte: Autoria Própria

Nota: p-value (Consumo de Tabaco) <0,001

No caso do consumo de álcool 29,2% dos que bebem até 3 dias por mês apresentam faltas laborais, seguido das observações que expõem nunca terem consumido (26,3%), as que consomem diariamente e as que consomem 1 a 6 dias por semana (respetivamente, 25,3% e 25,2%).

**Figura 26 - Proporção de Indivíduos com Faltas ao Trabalho por Consumo de Álcool**



Fonte: Autoria Própria

Nota: p-value (Consumo de Álcool) = 0,014

Tendo em conta os resultados do teste do Qui-Quadrado, as diferenças estatisticamente significativas dizem respeito às regiões, sexo, idade, atividade económica, seguro de saúde, problemas de saúde prolongado, autoapreciação, limitação na realização de atividades, multimorbilidade, depressão, asma, bronquite, IMC, consumo de tabaco e consumo de álcool.

## 5.2 Análise de Regressão

Os resultados dos testes de ajustamento do modelo (teste omnibus: Qui-Quadrado=592,037;  $p < 0,001$ ;  $R^2$  Nagelkerke = 0,141) sugerem que globalmente este é estatisticamente significativo (por comparação com o modelo-base apenas com a constante). No entanto, a percentagem de valores corretamente previstos difere pouco entre o modelo-base e o modelo com as variáveis (73,3% e 74,5%, respetivamente).

Do leque de variáveis em estudo podemos verificar quais as que têm contribuições significativas, através do modelo da regressão. São elas: região dos Açores, região da Madeira, sexo feminino, atividade económica agricultura, atividade económica artes, atividade económica comércio, atividade económica imobiliário, problema de saúde prolongado, depressão, multimorbilidade, boa/ muito boa autoapreciação do estado de saúde e limitação severa na realização de atividades.

Nas observações relativas à região, verificamos que na região da Madeira a chance de faltar ao trabalho foi 45% inferior face à região de referência, Lisboa. Já na região dos Açores, a chance foi de 32% inferior à região de Lisboa. Entre estas duas regiões, a região da Madeira é a que tem maior impacto no absentismo.

No que concerne ao sexo é de notar que a chance de faltar ao trabalho no sexo feminino é 1,275 vezes superior por comparação ao sexo masculino.

As observações que se inserem na atividade económica da agricultura apresentam uma chance de faltar é praticamente metade da chance de faltar na atividade económica associada aos transportes. Por sua vez, as chances de faltar ao trabalho nas atividades económicas relacionadas com as artes, comércio e imobiliário são de, respetivamente, 40%; 31%; e 32% vezes inferiores, por comparação com a variável de referência. Neste contexto, a atividade económica da agricultura é a que tem maior impacto no absentismo.

Em termos das variáveis relacionadas com o estado de saúde, no caso dos indivíduos que referem ter problemas de saúde prolongado, a chance de faltar ao trabalho é 1,447 vezes superior a quem não sofre de problemas de saúde prolongado. Da mesma forma, quem

apresenta depressão e sofre de multimorbilidade tem uma chance de faltar ao trabalho de, respetivamente, 1,946 vezes e 1,701vezes superior, face a não ter depressão, nem ter multimorbilidade.

Por fim, quem avalia o seu estado de saúde como bom/ muito bom, tem uma chance de faltar que é quase metade da chance de faltar ao trabalho daqueles que avaliam a sua saúde como muito má, má ou razoável. Da mesma forma, uma limitação severa na realização de atividades, devido a problemas de saúde, tem uma chance 2,017 vezes superior de faltar ao trabalho face a uma não limitação.

A favor do que foi mencionado anteriormente, tanto pela análise do p-value como pela interpretação do intervalo de confiança, todas as variáveis realçadas apresentam contribuições significativas para a ocorrência de absentéismo. Num contexto geral, pelo valor do “odds ratio” as variáveis com impacto positivo na presença de absentéismo são o sexo feminino, deter de problemas de saúde prolongados, a multimorbilidade, a limitação severa na realização de atividades e a depressão.

***Tabela 8 - Análise da Associação entre Preditores e Faltas ao Trabalho***

<i>Variável</i>	<i>p-value</i>	<i>Odds Ratio (Exp(B))</i>	<i>IC 95% Exp(B) Inferior</i>	<i>IC 95% Exp(B) Superior</i>
<i>RegiaoNorte</i>	0,467	1,098	0,854	1,412
<i>RegiaoAlgarve</i>	0,840	0,974	0,753	1,259
<i>RegiaoAlentejo</i>	0,214	0,854	0,666	1,095
<i>RegiaoCentro</i>	0,707	0,956	0,754	1,211
<i>RegiaoAçores</i>	0,003	0,681	0,527	0,881
<i>RegiaoMadeira</i>	<0,001	0,549	0,419	0,719
<i>Sexo</i>	0,003	1,275	1,089	1,493
<i>Idade_15a24</i>	0,689	0,532	0,024	11,670
<i>Idade_25a39</i>	0,627	0,467	0,022	10,082
<i>Idade_40a54</i>	0,442	0,300	0,040	6,457
<i>Idade_55a69</i>	0,348	0,230	0,011	4,964
<i>Idade_70a84</i>	0,134	0,084	0,003	2,151
<i>Estado_Divorciado</i>	0,209	1,317	0,857	2,022
<i>Estado_Solteiro</i>	0,522	1,148	0,752	1,752

<i>Estado_Casado</i>	0,159	1,380	0,881	2,161
<i>Escolaridade_Basico</i>	0,810	1,022	0,856	1,220
<i>Escolaridade_Superior</i>	0,045	1,222	1,004	1,487
<i>Tempo_Trabalho</i>	0,159	1,225	0,924	1,625
<i>Atividade_Saúde</i>	0,524	0,888	0,616	1,280
<i>Atividade_Agricultura</i>	0,005	0,522	0,333	0,819
<i>Atividade_Artes</i>	0,017	0,605	0,401	0,914
<i>Atividade_Insustria</i>	0,393	0,859	0,605	1,218
<i>Atividade_Educacao</i>	0,598	0,904	0,622	1,314
<i>Atividade_Construcao</i>	0,793	0,950	0,648	1,393
<i>Atividade_Comercio</i>	0,038	0,688	0,484	0,979
<i>Atividade_Alojamento</i>	0,116	0,740	0,509	1,077
<i>Atividade_Comunicacao</i>	0,064	0,562	0,306	1,033
<i>Atividade_Financeiro</i>	0,111	1,519	0,909	2,541
<i>Atividade_Imobil</i>	0,045	0,677	0,462	0,992
<i>Atividade_AdmPublica</i>	0,874	0,971	0,672	1,403
<i>Agregado_Unipessoal</i>	0,159	1,202	0,930	1,552
<i>Agregado_Monoparental</i>	0,056	1,321	0,993	1,756
<i>Agregado_Outro</i>	0,765	1,042	0,797	1,363
<i>Rendimento_1º</i>	0,959	1,006	0,804	1,259
<i>Rendimento_2º</i>	0,614	1,058	0,850	1,317
<i>Rendimento_4º</i>	0,550	0,945	0,784	1,138
<i>Rendimento_5º</i>	0,899	1,014	0,817	1,259
<i>Apenas_SNS</i>	0,159	0,903	0,782	1,041
<i>ProblemaSaude</i>	<0,001	1,447	1,247	1,680
<i>Depressão</i>	<0,001	1,946	1,584	2,392
<i>Asma</i>	0,913	1,017	0,757	1,366
<i>Bronquite_Cronica</i>	0,929	0,984	0,694	1,396
<i>Multimorbilidade</i>	<0,001	1,701	1,456	1,987
<i>Autoapreciacao_Bom_MuitoBom</i>	<0,001	0,592	0,510	0,688
<i>Limitacao_Severa</i>	0,012	2,017	1,167	3,486
<i>IMC_BaixoPeso</i>	0,348	1,342	0,726	2,479
<i>IMC_PesoNormal</i>	0,147	0,765	0,532	1,099

<i>IMC_ExcessoPeso</i>	0,376	0,850	0,592	1,218
<i>IMC_ObesidadeGrau1</i>	0,722	0,933	0,636	1,369
<i>IMC_ObesidadeMorbida</i>	0,445	0,742	0,345	1,594
<i>Tabaco_Diariamente</i>	0,109	1,370	0,932	2,015
<i>Tabaco_JaFumou</i>	0,444	1,162	0,791	1,706
<i>Tabaco_NuncaFumou</i>	0,579	0,899	0,619	1,308
<i>Alcool_1a6diasSemana</i>	0,794	0,973	0,794	1,193
<i>Alcool_ate3diasMes</i>	0,295	1,118	0,907	1,378
<i>Alcool_NuncaConsumiu</i>	0,365	0,903	0,925	1,126

*Nota: As categorias de referência são: sexo masculino; idade superior a 85 anos; região Lisboa; estado civil viúvo; agregado casal; escolaridade secundário; 3º quintil de rendimento; tempo de trabalho parcial; atividade económica associada aos transportes; cobertura de subsistemas de assistência à doença ou seguro de saúde privado, além SNS; não possuir problemas de saúde prolongado; autoapreciação do estado de saúde como razoável/ mau/muito mau; não limitação ou limitação, mas não severa; dispor, no máximo, de uma doença crónica; não possuir depressão; não possuir bronquite crónica; não possuir asma; obesidade grau 2; consumo ocasional de tabaco e consumo de álcool diário.*

Fonte: Autoria Própria



## 6 Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como principal objetivo contribuir para a investigação acerca dos preditores da ausência ao trabalho por motivos de saúde.

É importante frisar, também, que o absentismo, nos dias de hoje, é uma temática que tem vindo a tomar grandes proporções e, por isso, é cada vez mais necessário serem aplicadas correções no modo como as empresas e toda a comunidade no geral agem e nos valores que vão sendo transmitidos.

Os resultados deste estudo mostram que, aproximadamente, 27% dos inquiridos faltaram, nos últimos 12 meses, ao trabalho por motivos de saúde e que a grande maioria faltou entre 1 a 7 dias.

No nosso estudo, a região que tem maior taxa de absentismo é a região Norte. Existe maior percentagem de faltas no Norte, região Lisboa e Centro. Assim, os nossos dados não confirmam maiores taxas de absentismo para a região do Algarve, como é apontado neste mesmo Relatório Social, para o ano de 2019. Apenas para as regiões dos Açores e da Madeira foi detetada uma contribuição estatisticamente significativa com o absentismo.

Vários foram os estudos que referiram o sexo feminino como o que tem mais faltas ao trabalho. A análise elaborada traduz exatamente isso e, portanto, vem confirmar o que os autores Casini et al., (2013) e Løset et al., (2018) defenderam, contrariamente ao que consta no estudo Eurofound, (2015). Através da análise da regressão confirmamos uma contribuição significativa para o absentismo.

O estudo de Lakiša et al., (2021) expõe que o intervalo de idades onde se fazem sentir maiores taxas de absentismo é dos 25 aos 44 anos. Ainda que os nossos resultados mostrem que é nos intervalos de idades entre os 25 e 39 anos e 40 a 54 anos onde as taxas de absentismo mais elevadas, as diferenças entre as faixas etárias não são estatisticamente significativas.

Como se pode observar nas figuras 20 e 21, sujeitos com o ensino superior e que trabalham nas áreas da saúde ou financeira apresentam taxas de absentismo por doença maiores. É de notar que estas categorias trazem maior exposição a tomadas de decisão importantes, de grande responsabilidade, alto controlo nas tarefas, por vezes cargas de trabalho elevadas, e tempos de trabalho completos, que podem levar a potenciais doenças do foro psicológico. Estas conclusões vieram contrariar o Balanço Social 2020 (CCDRn, 2021), que concluiu que as taxas de absentismo se faziam sentir mais elevadas no cargo de Assistente Operacional (equivalente ao secundário no nosso estudo). No que toca às

atividades da agricultura, das artes, do comércio e do imobiliário, foi constatado que estas tinham uma contribuição significativa para que as faltas ao trabalho ocorressem, em sentidos opostos.

No que toca ao rendimento, o 2º e o 3º quintil são os grupos onde as taxas de absentismo se fazem sentir com maior vigor. Através da análise da regressão não foi obtida uma evidência de que tinha uma associação estatisticamente significativa com o absentismo.

Contrariamente à perspectiva de L. Fernandes & Guimarães, (2018) trabalhadores casados são dos que apresentam mais faltas ao trabalho, porém, primeiramente, estão os trabalhadores que dizem ser divorciados. Da mesma forma, e em conformidade com o estado civil, o agregado monoparental é o que detém de maior taxa de absentismo. Tanto para o estado civil como para o tipo de agregado não foi encontrada evidência de que eram variáveis estatisticamente significativas para o absentismo.

Efeitos mais fortes de absentismo fazem-se sentir em categorias relacionadas com a saúde. Pessoas com seguro de saúde e subsistemas de assistência para além do SNS, que tenham uma autoavaliação má no estado de saúde, uma limitação severa na realização de atividades e que tenham multimorbilidade, apresentam maiores taxas de absentismo. A favor destas relações estão os estudos de Bryan et al., (2021), Mitsui et al., (2021) e van den Berg et al., (2017) que detetaram maiores índices de absentismo associadas a algumas destas categorias. Contudo, apenas a autoavaliação do estado de saúde, a limitação na realização de atividades e a presença de multimorbilidade têm evidência de uma associação estatisticamente significativa com as ausências laborais.

O autor Bryan et al., (2021) afirmou que “uma condição de saúde de longo prazo leva a uma taxa significativamente maior de ausência por doença”. Esta afirmação vai de encontro às conclusões obtidas neste estudo, uma vez que as observações que dizem ter problemas de saúde prolongado são as que apresentam mais faltas ao trabalho. A partir da análise da regressão verificámos que a chance de faltar ao trabalho dos inquiridos que tinham problemas de saúde prolongado é superior, face àqueles que não tinham problemas de saúde prolongado, tendo uma contribuição significativa com o absentismo.

Relativamente à depressão Bryan et al., (2021) anunciou que os índices de absentismo eram maiores para trabalhadores com problemas de saúde mental, o que converge a favor do atual estudo. Trabalhadores com depressão apresentam maior propensão para faltar ao trabalho e apresentam uma contribuição significativa para o absentismo com, aproximadamente, o dobro da chance face a pessoas sem depressão.

Os autores van den Berg et al., (2017) referiram que doenças respiratórias, bem como outro tipo de patologias, contribuíam para o afastamento laboral. Através do nosso estudo, os inquiridos com asma e bronquite crónica apontam para valores mais altos de ausências por comparação com os que não têm nenhuma destas. Contudo, não foi detetada evidência de associação significativa entre asma e bronquite com o absentismo.

Observando os níveis de absentismo associados ao IMC, pessoas com baixo peso faltam mais ao trabalho do que as restantes. Amiri & Behnezhad, (2020) revelam que esta variável pode ser um fator de risco para o absentismo, porém, neste estudo, não encontramos evidência de uma associação entre IMC e absentismo.

Relativamente ao consumo de álcool e tabaco, Jørgensen et al., (2019) e Wooden et al., (2016) concluem que, respetivamente, maior consumo de álcool e tabaco leva a que o absentismo aumente. Os nossos resultados não permitem corroborar as conclusões daqueles estudos, para o consumo de ambas as componentes, uma vez que não foi detetada evidência na contribuição significativa com o absentismo.

Resumidamente, as categorias que exibiram uma contribuição positiva para o absentismo foram o sexo feminino, indivíduos que referiram ter problemas de saúde prolongados, depressão, multimobilidade e limitação severa na realização de atividades. Pelo contrário, as categorias que demonstraram contribuição negativa com o absentismo foram a região dos Açores e da Madeira, a atividade económica relacionada com a agricultura, as artes, o comércio e o imobiliário e a boa/ muito boa autoapreciação do estado de saúde.

É de salientar a importância da saúde mental no contexto do absentismo laboral. Apesar de este ser um tema que já foi relatado por evidência prévia, por ser muito marcante no contexto português, foi-nos possível avaliar o efeito da depressão e da multimorbilidade, tendo em conta o absentismo. Os nossos resultados detetaram que o efeito da depressão é superior ao da multimorbilidade, ou seja, a probabilidade de faltar ao trabalho por depressão é superior à probabilidade de um indivíduo ter, pelo menos, duas doenças crónicas.

No que concerne às limitações do estudo, cumpre destacar que não é possível estabelecer os preditores 100% corretos que levam a determinada conclusão, uma vez que, sendo a população constituída por centenas de variáveis, muitas das respostas podem ser influenciadas por outras que não foram tratadas neste contexto.



## 7 Conclusão

Os dados acima expostos vieram de encontro a algumas perspetivas tratadas em diversos estudos e permitiram traçar o perfil de indivíduos que têm maior predisposição para faltar ao trabalho, por motivos de saúde.

Neste sentido, os resultados revelam que na região do Norte existe maior taxa de absentéismo, assim como no sexo feminino, nas idades dos 25 aos 39 anos, entre indivíduos divorciados, pertencentes a um agregado monoparental e com um rendimento incluído no 2º quintil. Em termos de formação, pessoas com o ensino superior de nível mais elevado de escolaridade, tempo de trabalho completo e inseridos na atividade económica financeira revelam, também, ter níveis mais altos de absentéismo. No que toca ao entendimento acerca da saúde de cada indivíduo, maiores taxas de faltas ao trabalho são pertencentes às considerações que apontam: ter seguro de saúde ou outro tipo de subsistema de apoio, para além do SNS; não ter um problema de saúde prolongado; estado de saúde autoavaliado como mau, muito mau ou razoável; ter limitação severa na realização de atividades; deter de multimorbilidade; depressão; asma; bronquite crónica; peso abaixo do normal; consumir diariamente tabaco; e consumir álcool até três dias por mês.

Em termos de associações estatisticamente significativas entre os fatores analisados e o absentéismo, o sexo feminino, problema de saúde prolongado, depressão, multimorbilidade e limitação na realização das atividades diárias emergiram com uma associação positiva. Diferentemente, residir na região dos Açores ou da Madeira, ter uma saúde autoavaliada boa ou muito boa e pertencer às atividades económicas agricultura, artes, comércio e imobiliário está negativamente associado com o absentéismo laboral por motivos de saúde.

Com os resultados mencionados é extremamente necessário que sejam desenvolvidas medidas políticas de saúde que mitiguem os efeitos da falta de saúde mental em Portugal, uma vez que esta é traduzida como uma das maiores causas para o absentéismo.

Em investigações futuras poderá ser interessante aprofundar a análise dos fatores de risco indo além da natureza dicotómica da variável dependente, considerando a duração das ausências ao trabalho (os fatores de risco de ausências muito prolongadas poderão seguir um padrão diferente das ausências mais curtas); e aprofundar o estudo em variáveis como o cancro e problemas de sono que, apesar de aparecerem na literatura não tínhamos dados para a sua análise.



## 8 Referências

- Agapito, S. M., & Cardoso De Sousa, F. (2010). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 28(2), 132–139.  
[https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70004-3](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70004-3)
- Amiri, S., & Behnezhad, S. (2020). Association between job strain and sick leave: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Public Health*, 185, 235–242. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.023>
- Ardito, C., Leombruni, R., Pacelli, L., & D’Errico, Â. (2012). *A report based on the fifth European Working Conditions Survey. January*, 1–85.
- Bryan, M. L., Bryce, A. M., & Roberts, J. (2021). The effect of mental and physical health problems on sickness absence. *European Journal of Health Economics*, 22(9), 1519–1533. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01379-w>
- Casini, A., Godin, I., Clays, E., & Kittel, F. (2013). Gender difference in sickness absence from work: A multiple mediation analysis of psychosocial factors. *European Journal of Public Health*, 23(4), 635–642. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks183>
- CCDRn. (2021). *Balanço Social 2020*.
- Cruz, S., Quintal, C., & Antunes, P. (2022). Fatores de Risco Associados à Recusa de Notas de Transferência e Vales Cirurgia: O Caso da Região Centro em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 35(3), 201. <https://doi.org/10.20344/amp.15357>
- da Silva, C. A., & Ferreira, M. C. (2013). Dimensões e indicadores da qualidade de vida e do bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), 331–339.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000300011>
- Eurofound. (2015). *Sexto Inquérito Europeu sobre as condições de Trabalho*.  
<https://doi.org/10.2806/59106>
- Farrants, K., Marklund, S., Kjeldgård, L., Head, J., & Alexanderson, K. (2018). Sick leave among people in paid work after age 65: A Swedish population-based study covering 1995, 2000, 2005 and 2010. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(3), 297–305.  
<https://doi.org/10.1177/1403494817731487>
- Federighi, E., & Chagas, B. (2017). *Módulo 5 - Análise Multivariada no SPSS Análise Multivariada no SPSS AUTOR : EDUARDO FEDERIGHI BAISI CHAGAS. September 2016*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.21763.09765>
- Fernandes, L., & Guimarães, S. (2018). *Mapeamento do absentismo e satisfação no trabalho*. 1–78. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/82025/1/DISSERTAÇÃO - MAPEAMENTO DO ABSENTISMO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO NUMA>

- Fernandes, R. L., Haddad, M. do C. L., Morais, A. E. P., & Takahashi, I. T. M. (2011). Absenteísmo em hospital filantrópico de médio porte. *Semina: Ciências Biológicas e Da Saúde*, 32(1), 3–14. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2011v32n1p3>
- Ferreira, R. C., Griep, R. H., Fonseca, M. de J. M. da, & Rotenberg, L. (2012). Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 259–268. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102012005000018>
- Genowska, A., Fryc, J., Pinkas, J., Jamiołkowski, J., Szafraniec, K., Szpak, A., & Bojar, I. (2017). Social costs of loss in productivity-related absenteeism in Poland.
- Gimeno, D., Benavides, F. G., Benach, J., & Amick, B. C. (2004). Distribution of sickness absence in the European Union countries. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(10), 867–869. <https://doi.org/10.1136/oem.2003.010074>
- Graça, L. (2002). *Absenteísmo global e específico: Alguns problemas teórico-metodológicos [Some theoretical and methodological problems concerning the study of workplace absenteeism]*. <https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos154.html>
- Guest, D. E. (2017). Human resource management and employee well-being: Towards a new analytic framework. *Human resource management journal*, 27(1), 22-38.
- International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 30(6),917–932. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01123>
- INE. (1994). *Conceito - Absentismo*. <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=1688&lang=PT>
- INE. (2020a). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_pesquisa&frm\\_acciao=PESQUISA&frm\\_show\\_page\\_num=1&frm\\_modos\\_pesquisa=PESQUISA\\_SIMPLES&frm\\_modos\\_texto=MODO\\_TEXTO\\_ALL&frm\\_texto=Absentismo&frm\\_imgPesquisar=&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISA&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_texto=Absentismo&frm_imgPesquisar=&xlang=pt)
- INE. (2020b). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2)
- Jesus, S. N. De. (2015). *Absenteísmo no trabalho. January 2014*.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the Workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519–542. <https://doi.org/10.1002/job.630>
- Jørgensen, M. B., Pedersen, J., Thygesen, L. C., Lau, C. J., Christensen, A. I., Becker, U., & Tolstrup, J. S. (2019). Alcohol consumption and labour market participation: a



- prospective cohort study of transitions between work, unemployment, sickness absence, and social benefits. *European Journal of Epidemiology*, 34(4), 397–407. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0476-7>
- Lakiša, S., Matisāne, L., Gobiņa, I., Vanadziņš, I., Akūlova, L., Eglīte, M., & Paegle, L. (2021). Impact of workplace conflicts on self-reported medically certified sickness absence in Latvia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031193>
- Løset, G. K., Dale-Olsen, H., Hellevik, T., Mastekaasa, A., Von Soest, T., & Østbakken, K. M. (2018). Gender equality in sickness absence tolerance: Attitudes and norms of sickness absence are not different for men and women. *PLoS ONE*, 13(8), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200788>
- Martins, C. (2021). *Práticas de Gestão de Recursos Humanos e o Absentismo: o caso da Caetanobus*. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/20733/1/DM-SRCV-2020.pdf>
- Mastekaasa, A. (2014). The gender gap in sickness absence: Long-term trends in eight European countries. *European Journal of Public Health*, 24(4), 656–662. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku075>
- McEwan, I. M. (1991). Absenteeism and sickness absence. *Postgraduate Medical Journal*, 67(794), 1067–1071. <https://doi.org/10.1136/pgmj.67.794.1067>
- Mitsui, K., Endo, M., Imai, Y., Ueda, Y., Ogawa, H., Muto, G., Yan, Y., Deshpande, G. A., Terao, Y., Takeda, S., Tanigawa, T., Nishimura, K., Hayashi, K., Saito, M., & Kokaze, A. (2021). Predictors of resignation and sick leave after cancer diagnosis among Japanese breast cancer survivors: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10168-2>
- Montano, D. (2020). A psychosocial theory of sick leave put to the test in the European Working Conditions Survey 2010–2015. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 93(2), 229–242. <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01477-6>
- NovalIMS. (2018). *Qual o retorno para a sociedade do investimento em saúde?* 1–31.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2014). *O Custo dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho*. 1–11.
- Peiró, J., Molina, I., & Morales, M. (2008). *El Absentismo Laboral: Antecedentes, consecuencias y estrategias de mejora*.
- Pichler, S. (2008). SICKNESS ABSENCE, MORAL HAZARD, AND THE BUSINESS CYCLE. *1131*(2007), 1127–1131. <https://doi.org/10.1002/hec>

- Rahkonen, O., Lallukka, T., Kronholm, E., Vahtera, J., Lahelma, E., & Laaksonen, M. (2012). Sleep problems and sickness absence among middle-aged employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38(1), 47–55. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3186>
- Raynik, Y. I., Konig, H. H., & Hajek, A. (2020). Factores de personalidad y días de baja por enfermedad. Evidencia de un estudio longitudinal representativo a nivel nacional en Alemania. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 17, 7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32050405/>
- Sancinetti, T., Soares, A., Lima, A., Nanci, S., Fugulin, F., & Gaidzinski, R. (2011). Nursing staff absenteeism rates as a personnel management indicator [Portuguese]. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(4), 1007–1012. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011366794&lang=es&site=ehost-live>
- SNS. (n.d.). *Ausência ao Trabalho por Tipologia*. Serviço Nacional de Saúde. Retrieved August 2, 2022, from <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/contagem-dos-dias-de-ausencia-ao-trabalho-segundo-o-motivo-de-ausencia/analyze/?flg=pt&sort=tempo&dataChart=eyJxdWVyaWVzIjpbeyJjaGFydHMlOlt7InR5cGUlOiJsaW51IiwiaWZnVuYyI6IkFWRyIsInlBeGlzIjoidmFsb3IiLCJjb2xvc>  
i
- Stiglitz, J., Sen, A., & Fitoussi, J.-P. (2016). First findings: Sixth European Working Conditions Survey (2010-2015). *Office for Official Publications of the European Communities*, 1–8.
- Suárez, M. J., & Muñoz, C. (2018). Unobserved heterogeneity in work absence. *European Journal of Health Economics*, 19(8), 1137–1148. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0962-6>
- Tiago, R. A. M. (2018). *O absentismo em profissionais de saúde : o caso de uma unidade de um centro hospitalar*. <https://run.unl.pt/handle/10362/66769>
- Toseva, E., Stoyanova, R., & Turnovska, T. (2018). *Economic costs due to (1)*. 69(2), 129–141.
- van den Berg, S., Burdorf, A., & Robroek, S. J. W. (2017). Associations between common diseases and work ability and sick leave among health care workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 90(7), 685–693. <https://doi.org/10.1007/s00420-017-1231-1>
- Wang, M., Svedberg, P., Narusyte, J., Farrants, K., & Ropponen, A. (2022). Effects of age

on psychosocial working conditions and future labour market marginalisation: a cohort study of 56,867 Swedish twins. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95(1), 199–211. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01704-z>

Wooden, M., Bubonya, M., & Cobb-Clark, D. (2016). Sickness absence and mental health: Evidence from a nationally representative longitudinal survey. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 42(3), 201–208. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3553>