

INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

**A Segurança e a Saúde no Trabalho
- impacto no absentismo de uma indústria têxtil**

Anabela Paula Alferes Ferreira Ribeiro

Equiparado Assistente ISCAP/IPP

Trabalho desenvolvido para provas de especialista em Gestão e Administração

Porto - 2014

Agradecimentos

Em primeiro lugar cumpre-me agradecer aos dirigentes e ao médico da empresa pela disponibilização generosa dos dados necessários ao estudo empírico.

Aos órgãos do ISCAP, em particular ao Presidente da nossa Escola, Professor Olímpio Castilho, por todo o apoio prestado.

Aos colegas pelo incentivo, em particular ao coordenador da área de Gestão, Professor Doutor Freitas Santos e à coordenadora da área de Economia, Professora Doutora Clara Ribeiro.

Ao meu orientador de mestrado, Professor Doutor Vitorino Martins, pelos múltiplos ensinamentos econométricos e estatísticos e pela revisão da parte empírica do presente trabalho.

ÍNDICE DE FIGURAS	I
ÍNDICE DE GRÁFICOS	I
ÍNDICE DE QUADROS	II
ÍNDICE DE TABELAS	II
1. INTRODUÇÃO	1
2. SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (SST)	3
2.1. INTRODUÇÃO	3
2.2. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E LEGAL	3
2.3. MODELO ORGANIZACIONAL EM SAÚDE OCUPACIONAL	5
2.4. DIMENSÃO ECONÓMICA E FINANCEIRA DA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO	8
2.5. CONCLUSÃO	10
3. O ABSENTISMO	11
3.1. INTRODUÇÃO	11
3.2. ABSENTISMO: CONCEITOS	11
3.3. PRINCIPAIS CAUSAS DO ABSENTISMO LABORAL	12
3.4. INDICADORES DO ABSENTISMO	13
3.4.1 <i>Taxa de absentismo</i>	13
3.4.2 <i>Taxa específica por doença ou acidente</i>	13
3.4.3 <i>Custo teórico do absentismo</i>	14
3.4.4 <i>Taxa de substituição do absentismo</i>	14
3.5. CONCLUSÃO	14
4. INDICADORES DE SAÚDE E BEM-ESTAR	15
4.1. INTRODUÇÃO	15
4.2. SÍNDROME METABÓLICO E FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULAR	15
4.2.1 <i>Síndrome Metabólico</i>	15
4.2.2 <i>Factores de Risco Cardiovascular</i>	16
4.3. CONCLUSÃO	16
5. METODOLOGIA	17
5.1 INTRODUÇÃO	17
5.2. UNIVERSO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	17
5.2.1 <i>Variáveis demográficas</i>	17
5.2.1.1. Influência no absentismo das características demográficas da amostra	18

5.2.2. Indicadores gerais de saúde.....	21
5.2.3. Absentismo	21
5.3. CONCLUSÃO	23
6. RESULTADOS.....	24
6.1. INTRODUÇÃO.....	24
6.2. INDICADORES GERAIS DE SAÚDE	24
6.3. MODELO DE REGRESSÃO LINEAR	28
6.3.1. Linearidade entre as variáveis independentes e a variável dependente.....	29
6.3.2. Estimção dos coeficientes de regressão.....	30
6.3.3. Verificação dos pressupostos da análise de regressão linear múltipla.....	32
6.3.3.1. Normalidade da distribuição dos resíduos.....	32
6.3.3.2. Homogeneidade da variância	34
6.3.3.3. Correlação entre as variáveis independentes.....	34
6.4. ABSENTISMO	37
6.5. CONCLUSÃO	41
7. CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
TABELAS OUTPUT SPSS.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO ORGANIZACIONAL DE SAÚDE OCUPACIONAL DA EMPRESA EM ESTUDO.....	6
FIGURA 2 – AGENTES ENVOLVIDOS NOS CUSTOS COM ACIDENTES DE TRABALHO, DOENÇAS PROFISSIONAIS E NATURAIS.....	9
FIGURA 3 – PERDAS FINANCEIRAS ASSOCIADAS AOS ACIDENTES DE TRABALHO, DOENÇAS PROFISSIONAIS E NATURAIS	9
FIGURA 4 – NÍVEIS DE ABSENTISMO LABORAL.....	11
FIGURA 5 – CORRELAÇÃO LINEAR ENTRE FRCV E PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	29
FIGURA 6 – NORMALIDADE DA DISTRIBUIÇÃO DOS RESÍDUOS	33
FIGURA 7 - HOMOGENEIDADE DA VARIÂNCIA.....	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO POR GÉNERO: UNIVERSO E AMOSTRA	18
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: UNIVERSO E AMOSTRA	18
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO POR ESCALÕES ETÁRIOS: UNIVERSO E AMOSTRA.....	18
GRÁFICO 4 – INCIDENCIA DO SÍNDROME METABÓLICO POR GÉNERO	21
GRÁFICO 5 – CAUSAS DO ABSENTISMO (VALORES EM PERCENTAGEM).....	22
GRÁFICO 6 – INCIDENCIA DE HIPERTENSOS: GÉNERO VS ESCALÃO ETÁRIO	24
GRÁFICO 7 – INCIDENCIA DE EXCESSO DE PESO/OBESIDADE: GÉNERO VS ESCALÃO ETÁRIO	25
GRÁFICO 8 – INCIDENCIA DE RISCO CARDIOVASCULAR POR GÉNERO	25
GRÁFICO 9 – INCIDENCIA DE RISCO CARDIOVASCULAR: ESCALÃO ETÁRIO VS GÉNERO	26
GRÁFICO 10 – INCIDENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO: GÉNERO VS ESCALÃO ETÁRIO	26
GRÁFICO 11 – ABSENTISMO: DISTRIBUIÇÃO POR GÉNERO	37
GRÁFICO 12 – ABSENTISMO: DISTRIBUIÇÃO GÉNERO VS ESCALÃO ETÁRIO.....	37
GRÁFICO 13 – DIAS DE AUSÊNCIA: GÉNERO VS MOTIVO.....	38
GRÁFICO 14 – DIAS DE AUSÊNCIA: ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇA NATURAL	38
GRÁFICO 15 - CUSTO TEÓRICO ABSENTISMO POR DOENÇA NATURAL OU ACIDENTE DE TRABALHO	39
GRÁFICO 16 – NÚMERO DE HORAS DE ABSENTISMO DE 2009 A 2013.....	39
GRÁFICO 17 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE ABSENTISMO DE 2009 A 2013	40
GRÁFICO 18 – EVOLUÇÃO NÚMERO DE HORAS DE AUSÊNCIA POR DOENÇA NATURAL.....	41
GRÁFICO 19 - EVOLUÇÃO NÚMERO DE HORAS DE AUSÊNCIA POR CONSULTA MÉDICA	41

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – CAUSAS DO ABSENTISMO DE 2009 A 2013	13
QUADRO 2 – ESCALA DE PONTUAÇÃO DOS FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	16
QUADRO 3 – TESTE DE INDEPENDÊNCIA ENTRE AS VARIÁVEIS ABSENTISMO E GÉNERO	19
QUADRO 4 – FREQUÊNCIAS E RESÍDUOS AJUSTADOS PARA A ANÁLISE CRUZADA ENTRE A VARIÁVEL ABSENTISMO E A VARIÁVEL GÉNERO	20
QUADRO 5 – INDEPENDÊNCIA ENTRE VARIÁVEIS	20
QUADRO 6 – CAUSAS DO ABSENTISMO.....	22
QUADRO 7 – INDICADORES DA SAÚDE GERAL DOS TRABALHADORES, POR GÉNERO.....	27
QUADRO 8 - INDICADORES DA SAÚDE GERAL DOS TRABALHADORES, POR ESCALÃO ETÁRIO.....	27
QUADRO 9 – CORRELAÇÕES ENTRE INDICADORES DE SAÚDE	28
QUADRO 10 – RELAÇÕES LINEARES ENTRE A VARIÁVEL DEPENDENTE E AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	30
QUADRO 11 – SUMÁRIO DO MODELO DE REGRESSÃO LINEAR	30
QUADRO 12 – COEFICIENTES DE REGRESSÃO E TESTE À HIPÓTESE DE CADA UMA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES INFLUENCIA A FRCV.....	31
QUADRO 13 – TESTE À HIPÓTESE DE EXISTIREM NA POPULAÇÃO AS MESMAS INFLUÊNCIAS DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NO FRCV.....	32
QUADRO 14 - TESTE A NORMALIDADE DOS RESÍDUOS	33
QUADRO 15 – CORRELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS INDEPENDENTES	35
QUADRO 16 - VALORES DA TOLERÂNCIA E DO FACTOR DE INFLAÇÃO DA VARIÂNCIA	35
QUADRO 17 - DIAGNÓSTICO DE MULTICOLINEARIDADE E INFLUÊNCIA NO MODELO ESTIMADO.....	36
QUADRO 18 – INDICADORES DE ABSENTISMO	40

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- TRABALHADORES: DISTRIBUIÇÃO POR SEXO	50
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO POR ESCALÃO ETÁRIO.....	50
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO POR CICLO DE ESTUDOS	50
TABELA 4 – INCIDÊNCIA DE EXCESSO DE PESO: GÉNERO VS OBESIDADE.....	51
TABELA 5 – RISCO CARDIOVASCULAR POR GÉNERO	52
TABELA 6 – SÍNDROME METABÓLICO POR GÉNERO	52
TABELA 7 – RISCO CARDIOVASCULAR: ESCALÃO ETÁRIO VS GÉNERO	53

TABELA 8 – SÍNDROME METABÓLICO: GÉNERO VS ESCALÃO ETÁRIO.....	54
TABELA 9 - INDICADORES DE SAÚDE GERAL POR GÉNERO - 2013	55
TABELA 10 – INDICADORES DE SAÚDE GERAL POR GÉNERO 2012.....	56
TABELA 11 – INDICADORES DE SAÚDE GERAL POR GÉNERO 2011.....	57
TABELA 12 RELAÇÕES LINEARES	59
TABELA 13 – INDICADORES SAÚDE GERAL DOS TRABALHADORES POR ESCALÃO ETÁRIO - 2013	62
TABELA 14 – INDICADORES DE SAÚDE GERAL POR ESCALÃO ETÁRIO – 2012.....	65
TABELA 15 – INDICADORES DE SAÚDE GERAL POR ESCALÃO ETÁRIO – 2011.....	68
TABELA 16 – CORRELAÇÕES: FACTORES DE RISCO	71
TABELA 17 – ABSENTISMO: DISTRIBUIÇÃO POR GÉNERO	72
TABELA 18– DIAS DE AUSÊNCIA : GÉNERO VS MOTIVO.....	72
TABELA 19 – ABSENTISMO: DISTRIBUIÇÃO GÉNERO VS ESCALÃO ETÁRIO.....	72

1. Introdução

Em 2008 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) divulgou números perturbadores sobre a morte de indivíduos resultante de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Em todo o mundo ocorriam anualmente 270 milhões de acidentes de trabalho e eram declaradas 160 milhões de doenças profissionais, tendo como consequência a morte de 5000 pessoas diariamente (Freitas, 2011) Estes números, quer pela dimensão de perda humana quer pelo impacto nos custos associados a ausências ao trabalho, tratamentos, reabilitações, subsídios decorrentes de lesões e doenças profissionais, não deixam dúvidas sobre a necessidade de as entidades empregadoras, trabalhadores e responsáveis governamentais implementarem estruturas adequadas aos objectivos consagrados na lei sobre a segurança e saúde no trabalho. Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 441/91 de 14/11 regula a matéria da segurança, higiene e saúde no trabalho e a Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro faz a transposição para a ordem jurídica interna da Directiva comunitária n.º 89/391/CEE, alterada pela Directiva n.º 2007/30/CE de 20 de Junho, relativa à aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores. Em 28 de Janeiro deste ano a Lei n.º 3/2014 aprova o regime jurídico e transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva Comunitária n.º 93/103/CE de 23 de Novembro.

Com a imposição legal de promover programas de segurança e saúde no trabalho proliferaram inúmeras empresas que oferecem aqueles serviços. As entidades empregadoras, quer pela inexistência de estudos quer pela não aplicação da experiência das próprias empresas, não têm evidência do impacto real destes programas na sua produtividade. A medicina do trabalho, a higiene e segurança, são serviços impostos legalmente e assumidos pelas empresas como um custo e não como um investimento na sua competitividade. Perante esta constatação surgiu a necessidade de verificar o impacto real de um programa de promoção da segurança e saúde no trabalho, permitindo demonstrar que os resultados são efectivamente benéficos para os trabalhadores e consequentemente para as entidades empregadoras.

O impacto das doenças naturais, profissionais e acidentes de trabalho no absentismo não é facilmente mensurável, portanto um dos dois objectivos do presente trabalho é demonstrar que o absentismo pode ser efectivamente reduzido através de

um programa de promoção da saúde e segurança no trabalho. O outro objectivo é evidenciar que um serviço, nesta área, que apenas se direcciona para as doenças e acidentes profissionais é insuficiente como instrumento de apoio à competitividade e sustentabilidade financeira das empresas.

No ponto 2 desenvolvem-se os conceitos em torno da Segurança e Saúde no Trabalho (SST), desde o enquadramento histórico e legal, ao modelo organizacional informador da SST, e a dimensão económica e financeira da SST. Nos pontos 3 e 4 avançam-se, de uma forma sintética, para as definições em torno do absentismo e dos indicadores de saúde e de bem-estar. Nos pontos 5 e 6 apresenta-se o estudo empírico, da metodologia, amostra, variáveis pertinentes (ponto 5) e os resultados obtidos (ponto 6). No ponto 7 enumeram-se as limitações do estudo, discutem-se os resultados, as possibilidades de futuras investigações e apresentam-se as conclusões gerais.

2. Segurança e Saúde no Trabalho (SST)

2.1. Introdução

Neste ponto é apresentado um breve enquadramento histórico e legal da segurança e saúde no trabalho e o modelo organizacional da saúde ocupacional da empresa em análise.

Procura-se descrever e identificar os agentes financeiros, económicos e sociais envolvidos nos custos, directos e indirectos, de um programa de saúde e segurança no trabalho, bem como o seu impacto na competitividade e produtividade das empresas.

2.2. Enquadramento histórico e legal

A segurança sempre foi uma preocupação fundamental para o homem desde que começou a utilizar instrumentos para trabalhar. Na sua evolução foi criando necessidades, adoptando comportamentos em função das situações que ia encontrando, chegando mais tarde à conclusão que o trabalho podia desencadear acidentes de trabalho graves e ser susceptível de desenvolver determinadas doenças.

Já em 1792 a.C. o Código de Hammurabi preconizava que em caso de colapso na construção de um edifício, o construtor deveria sofrer uma penalização igual à sofrida pelo trabalhador, fosse ela um caso de morte ou uma amputação de membro.

Hipócrates, o pai da medicina moderna, relacionou que o trabalho associado às alterações do clima e a uma alimentação deficiente estaria na génese de determinadas doenças. Mas foi Plínio, no ano 23 d.C. o primeiro a descrever com rigor as doenças entre os trabalhadores das minas e a sua relação com a exposição às poeiras, ao chumbo e ao mercúrio. Descreveu também, o que poderá ser considerado o primeiro equipamento de protecção individual (EPI), uma máscara feita de tecido, ou bexiga de carneiro, usada para diminuir a inalação dos vapores e das poeiras. Até à idade média, não faltam referências a estudos sobre a necessidade de assegurar as condições mínimas de trabalho, principalmente nas indústrias de extracção mineira e da fundição do ouro e da prata.

Em 1770, Bernardino Ramazzini, que é considerado o criador da medicina do trabalho, publica o livro *De Morbis Artificum Diatriba*, em que estabelece a relação entre doença e a pobreza e analisa os riscos provocados por produtos químicos, pó, metais e outros componentes, após observação dos trabalhadores em 52 profissões diferentes. Ramazzini considerava que “o lucro acompanhado pela destruição da saúde é um lucro sórdido” e os seus estudos, relacionando as doenças profissionais com o trabalho, contribuíram para a adopção de leis para a protecção ao trabalho e consequente indemnização aos trabalhadores (Freitas, 2011).

No entanto, a primeira lei para protecção dos trabalhadores, só surge em 1802 com Robert Peel no parlamento britânico, com a designada “Lei da Saúde e Moral dos Aprendizizes” (*The Health and Morals of Apprentices Act*¹) estabelecendo o limite de 12 horas de trabalho e proibindo a maioria dos horários nocturnos. A Associação Internacional para a Legislação Laboral (*International Association for Labour Legislation*²) surge, em 1900 em Basileia, da necessidade de serem adoptadas medidas de protecção ao trabalhador, nomeadamente na proibição do uso do fósforo branco e na interdição do trabalho nocturno às mulheres. Mais tarde, em 1919, é denominada Organização Internacional para o Trabalho (O.I.T.), uma instituição intergovernamental que torna possível a criação de uma plataforma mínima em matéria de condições de trabalho³. No entanto, o primeiro serviço de medicina do trabalho com carácter obrigatório só surge em 11 de Outubro de 1946, em França⁴, determinando que o empregador deveria organizar serviços médicos do trabalho para “evitar qualquer alteração de saúde dos trabalhadores decorrentes do trabalho”.

Em Portugal, só em 27 de Agosto de 1855 é publicado o “Regulamento dos Estabelecimentos Insalubres, Incómodos e Perigosos” que é a primeira abordagem à questão das condições de trabalho (Cosme, 2006). Em seguida é publicada legislação sobre o trabalho na construção civil (1895). Em 1913 é aprovada a legislação que determina a responsabilidade do empregador pelos acidentes de trabalho nalgumas actividades⁵, surgindo somente em 1917, com a Lei n.º 801 de 3 de

¹<http://www.parliament.uk/about/livingheritage/transformingsociety/livinglearning/19thcentury/overview/earlyfactorylegislation>

²<http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc89/pdf/rep-iii-1b-c2.pdf>

³<http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--en/index.htm>

⁴<http://www.senat.fr/rap/l10-232/l10-2320.html>

⁵[http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/QuemSomos/EvolucaoHistorica/Paginas/default.aspx](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/QuemSomos/EvolucaoHistorica/Paginas/default.aspx)

Setembro o regime jurídico de reparação desses acidentes⁶. Em 1967 o Decreto-Lei n.º 47.511 determina a criação dos serviços de medicina do trabalho e o Decreto-Lei n.º 47.512 introduz as normas da organização, atribuição e obrigações dos respectivos serviços, bem como a articulação com as entidades competentes no domínio da orientação e fiscalização técnicas. Em 1978 é criada a Direcção Geral de Higiene e Segurança do trabalho, passando a partir daí a estar consagrado na Constituição da República Portuguesa o direito à prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde, devendo o Estado assegurar uma especial protecção aos trabalhadores com actividades perigosas ou violentas, às mulheres grávidas ou no pós-parto, ou aos trabalhadores mais desfavorecidos como os menores ou os diminuídos física ou psiquicamente. Em 1991 é aprovado o Acordo Específico de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, que estabelece como objectivo primordial “promover a humanização das condições em que o trabalho é prestado e a protecção social, de forma a contribuir para melhorar progressivamente e de forma sustentada as condições de vida dos portugueses, num quadro de desenvolvimento da competitividade das empresas, finalidades económico-sociais que se compatibilizam com a modernização da economia nacional”⁷. Este acordo tornou possível a aprovação do regime jurídico de enquadramento da SST, através do Decreto-Lei n.º 441/91, que permitiu “dotar o país de referências estratégicas e de um quadro jurídico global que garanta a efectiva prevenção dos riscos profissionais”.

Posteriormente a Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro faz a transposição para a ordem jurídica interna da Directiva comunitária n.º 89/391/CEE e, recentemente, a Lei n.º 3/2014 de 28 de Janeiro aprova o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho e transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 93/103/CE, do Conselho, de 23 de Novembro, como já referido anteriormente.

2.3. Modelo organizacional em saúde ocupacional

A definição de um modelo organizacional em Saúde Ocupacional é fundamental para a vigilância da saúde dos trabalhadores, permitindo detectar sinais ou sintomas de danos para a saúde, relacionadas com o trabalho, para que se possa no futuro, tomar medidas para eliminar ou reduzir a probabilidade de ocorrência de

⁶ <http://dre.tretas.org/pdfs/1917/09/03/dre-102455.pdf>

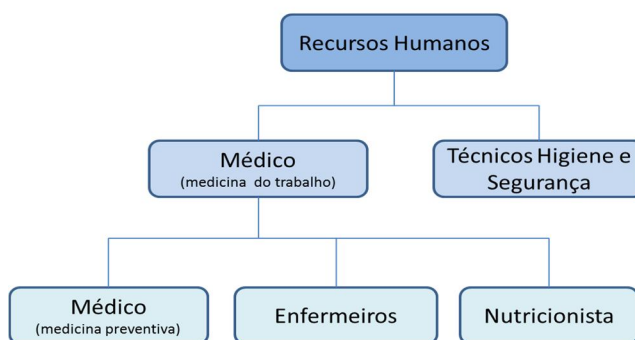
⁷ Acordo Específico de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. Edição Ministério do Trabalho, 1991

mais danos. Este modelo passa inicialmente por definir as competências dos vários intervenientes.

A Medicina do Trabalho tem como objectivo a vigilância e o controlo do estado de saúde dos trabalhadores na empresa, sendo o médico do trabalho o responsável pelos serviços médicos e pela definição das políticas de saúde desenvolvidas na empresa.

A Medicina Preventiva visa não só prevenir as doenças, mas também tratá-las antes que se manifestem em toda a sua plenitude.

Figura 1 – Modelo organizacional de saúde ocupacional da empresa em estudo



Fonte: empresa

A Higiene e Segurança têm um conjunto de metodologias não médicas necessárias à prevenção das doenças profissionais, tendo como principal campo de acção o controlo da exposição aos agentes físicos, químicos e biológicos presentes nos componentes materiais do trabalho. Assenta fundamentalmente em técnicas e medidas que incidem sobre o ambiente de trabalho. Tem ainda como principal campo de acção a prevenção dos acidentes de trabalho e o reconhecimento e controlo dos riscos associados às componentes materiais do trabalho.

O enfermeiro do trabalho tem como função cooperar com o médico do trabalho e outros profissionais de saúde, desenvolvendo a sua actividade de modo a contribuir para os objectivos comuns do serviço de saúde ocupacional. O enfermeiro tem um papel relevante na Medicina do Trabalho, porque além de ser um porta-voz indirecto dos trabalhadores tem funções de decisão na ausência do médico. Tem a responsabilidade das entrevistas de saúde, da execução dos exames protocolados

para a avaliação dos trabalhadores, colabora com o médico nos programas de acção e de investigação, é da sua competência a manutenção do material de primeiros socorros, auxilia o médico em caso de acidente ou catástrofe, planeia, coordena e executa actividades de educação sanitária,

Só com a cooperação e a interligação destes diferentes agentes é possível estabelecer programas de saúde ocupacional que visem a educação para a saúde, permitindo aos trabalhadores adquirir conhecimentos que melhorem as suas condições de saúde e de vida e a segurança nos seus locais de trabalho. O cumprimento das normas acordadas entre os vários intervenientes tem como grande beneficiário o trabalhador, que poupa nas suas deslocações ao centro de saúde, diminui o tempo de diagnóstico, de tratamento e absentismo, evita o stress resultante da doença com diminuição das implicações a nível social e familiar. O rápido restabelecimento do trabalhador terá, ao nível da empresa, benefícios na produção, evitará a sua substituição que é sempre onerosa e melhorará a sua imagem em relação aos seus colaboradores e clientes.

A avaliação para o trabalho é efectuada pelos exames médicos para verificar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da profissão. Segundo Freitas (2011) os objectivos destes exames são:

- identificar os trabalhadores que evidenciem factores de risco individual;
- diagnosticar doenças profissionais, conhecer exposições perigosas e contribuir para a sua possível etiologia e propor medidas de prevenção;
- estudar e valorar riscos que possam afectar grávidas, puérperas e trabalhadores particularmente sensíveis;
- identificar doenças profissionais pouco conhecidas;
- despistar problemas médicos gerais e desenvolver medidas apropriadas para analisar se as doenças e o absentismo por motivos de saúde, têm origem no local de trabalho.

A Lei n.º 3/2014 de 28 de Janeiro, secção VII, art.º 108 determina que os exames médicos sejam:

- de admissão: para avaliação da aptidão para o trabalho, devendo ser efectuados antes do início da prestação do trabalho ou nos 15 dias seguintes se a urgência de admissão assim o justificar;

- periódicos: deverão ser anuais para os trabalhadores menores de 18 anos e maiores de 50 anos e de dois em dois anos para os restantes trabalhadores. Por um critério de exposição e independentemente da idade, poderão ser definidos exames aos trabalhadores, sempre que o médico do trabalho verifique que possa haver um risco elevado com dano potencial e acrescido para a saúde;

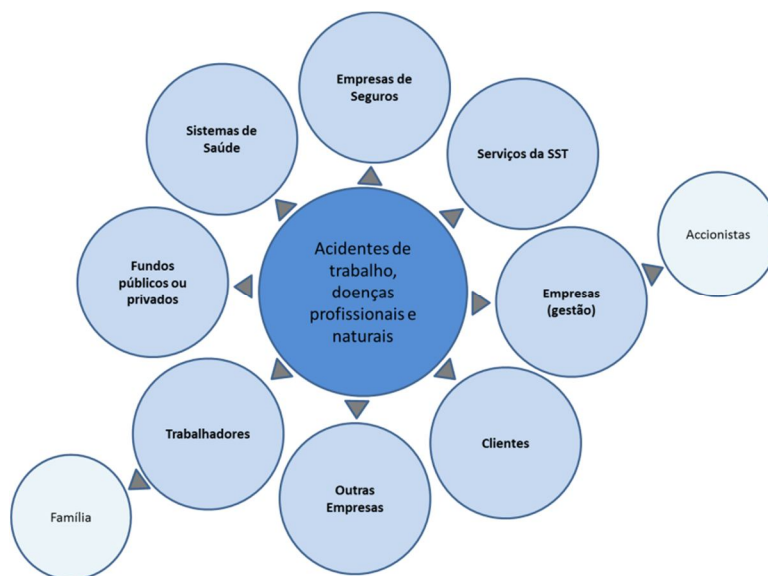
- ocasionais: serão realizados sempre que haja mudança de funções ou de sector, alterações dos equipamentos e produtos a manusear, regresso ao trabalho por mais de trinta dias por doença profissional ou acidente de trabalho, ausências repetidas ao serviço devido a doença, a pedido do empregador ou trabalhador, após acidente ou doença súbita e por iniciativa do médico do trabalho. Também deverão ser alvo de vigilância apurada, os trabalhadores estrangeiros, os que não têm formação, os temporários ou a tempo parcial.

2.4. Dimensão económica e financeira da Segurança e Saúde no Trabalho

A dimensão económica da SST representa custos difíceis de apurar com rigor. Os elementos que a integram e o peso específico de cada um são variáveis e nem sempre quantificáveis, no entanto é constatável a perda da capacidade produtiva como consequência do impacto na saúde dos trabalhadores dos diferentes riscos no ambiente laboral (Correia, 2004). A figura 2 evidencia os agentes envolvidos nos custos com os acidentes, doenças profissionais e debilidades da saúde dos trabalhadores.

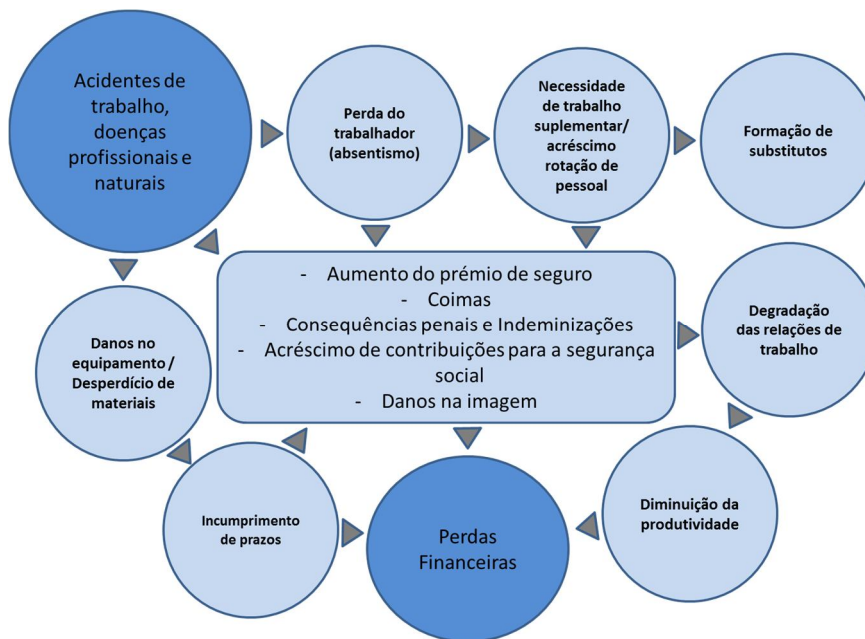
Além dos custos económicos, as perdas financeiras para as empresas também são evidentes (Graça, 2006). A figura 3 indica as consequências para as empresas dos acidentes de trabalho, doenças profissionais e doença natural. As perdas indicadas podem pôr em causa a sustentabilidade financeira das empresas. Para além dos custos directos facilmente identificáveis (por exemplo: prémio de seguro) estão associados custos indirectos como por exemplo a degradação das relações com os trabalhadores e clientes, custos estes com um impacto de difícil mensuração e consequências geralmente incontroláveis (Miguel, 2012). Além dos custos económicos e perdas financeiras indicados há ainda o impacto social. A diminuição da saúde e bem-estar de uma população têm um papel determinante na produtividade, rendibilidade e na competitividade das empresas e, conseqüentemente, do país.

Figura 2 – Agentes envolvidos nos custos com acidentes de trabalho, doenças profissionais e naturais



Fonte: adaptado de Freitas (2011)

Figura 3 – Perdas financeiras associadas aos acidentes de trabalho, doenças profissionais e naturais



Fonte: elaboração própria

2.5. Conclusão

A partir de 1991 em Portugal, a saúde e segurança no trabalho, é exigida legalmente. O enquadramento legal obriga as empresas a adoptar programas de segurança, higiene e saúde com vista à protecção da integridade física dos trabalhadores.

A integração de todas as actividades e o desenvolvimento permanente de campanhas de acção e prevenção nas diferentes áreas é um sistema complexo que exige das empresas que oferecem os serviços (Médicos e Técnicos) grande responsabilidade e capacidade de monitorizar a evolução em cada um dos diferentes sectores industriais. A saúde e o bem-estar do trabalhador resultam num aumento de rentabilidade e de lucro para a empresa.

3. O Absentismo

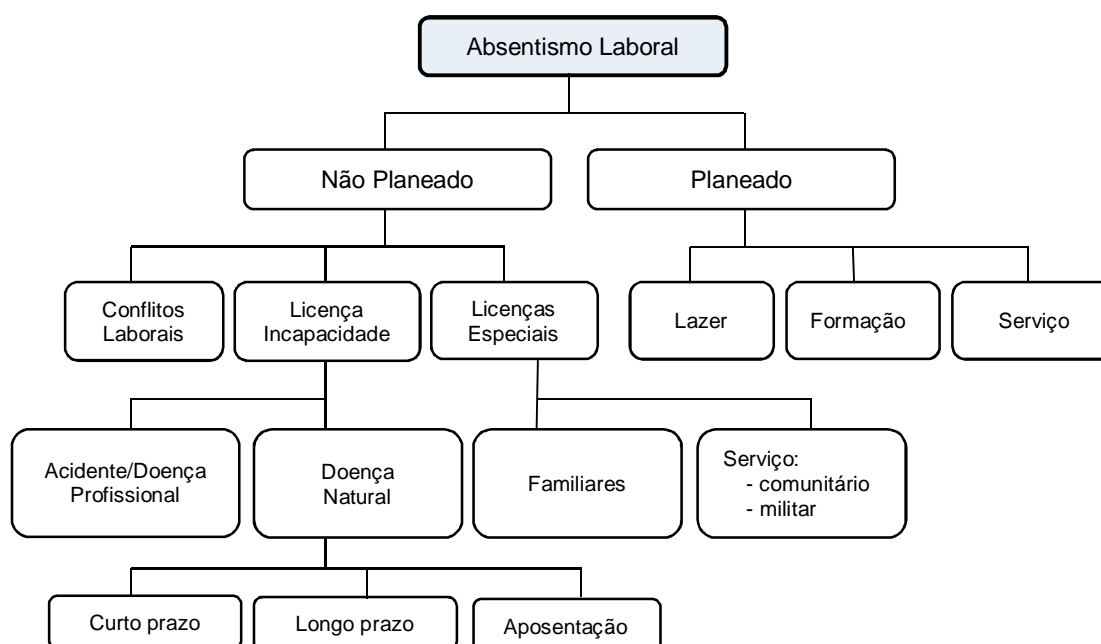
3.1. Introdução

Neste ponto dois são referidos, de forma sintética alguns conceitos do absentismo, as principais causas, alguns indicadores utilizados no cálculo do absentismo e no custo teórico do mesmo.

3.2. Absentismo: conceitos

O absentismo, ou hábito de não comparecer a uma tarefa ou função, normalmente de carácter obrigatório, resulta de uma complexidade de factores que podem ser voluntários ou involuntários e qualquer destes de curta ou longa duração (Cunha [et al], 2010). A ausência de um individuo no local de trabalho é de etiologia multifactorial (Graça, 2002) e pode ser hierarquizada em vários níveis (figura 4).

Figura 4 – Níveis de absentismo laboral



Fonte: The Australasian Faculty of Occupational Medicine (1999)

O absentismo não planeado é o resultado de factores organizacionais e individuais. Os factores individuais, também influenciados por factores organizacionais (Schalk, 2011), podem ser divididos em duas dimensões: a motivação para estar presente e a capacidade para o fazer (Steers e Rhodes, 1978). A dimensão motivação para estar presente contempla factores de satisfação com a função no trabalho, a remuneração, o ambiente, os incentivos, entre outros factores motivacionais (Brooke, 1986; Brooke^a,1989). A dimensão capacidade para o fazer engloba os motivos de saúde, quer de doença natural quer de acidente/doença profissional.

3.3. Principais causas do absentismo laboral

Os principais factores invocados para justificar as faltas ao trabalho são, na generalidade, comuns em diferentes países e diferentes sectores de actividade. Diversos autores têm publicado, ao longo dos últimos anos, estudos sobre o tema e identificam as principais razões do absentismo não programado: incapacidade por doença (doença natural, doença/acidente profissional) e licenças especiais (razões de ordem familiar e social, como assistência a familiares, luto, maternidade e paternidade, bombeiros, entre outros). Outra característica comum nos diversos estudos é que o factor doença natural é a principal causa do absentismo laboral (Ferreira [et al], 2012; Schalk, 2011; Borges [et al], 2011; Mastekaasa e Osthus, 2010; Hamoui [et al], 2005; Gimeno [et al], 2004).

O estudo publicado por Gimeno [et al] (2004) indica as taxas de absentismo por doença em 15 países da União Europeia. A taxa de absentismo em Portugal é de 8,7% e é a terceira mais baixa dos 15 países considerados, sendo a taxa mais elevada a da Finlândia com 24%. Borges [et al] (2011) no estudo sobre o absentismo no Instituto Superior Técnico de Lisboa apresenta o factor doença como a razão de 47,3% de todos os dias de ausência ao trabalho. Na mesma tendência, analisando os motivos do absentismo na empresa em análise no presente estudo, é possível verificar que, do total de horas de absentismo ao longo dos últimos cinco anos, as faltas por doença natural, acidentes profissionais e consultas médicas representam 73.87%, 77.62%, 80.63%, 78.34% e 78.10% de 2009 a 2013 respectivamente (quadro 1). Estes valores identificam as áreas onde é necessário actuar para a diminuição do absentismo.

Quadro 1 – Causas do absentismo de 2009 a 2013

Motivo	Absentismo											
	2009		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%
Doença Natural	44594,67	62,83	39312,33	64,55	42545,74	69,74	30964,18	66,72	25986,09	54,92	183403,01	63,99
Acidente Trabalho	3030,76	4,27	2966,25	4,87	2467,14	4,04	3300,29	7,11	9615,69	20,32	21380,13	7,46
Consulta Médica	4805,65	6,77	4991,15	8,20	4174,29	6,84	2090,64	4,50	1351,48	2,86	17413,21	6,08
Casamento	696,00	0,98	432,00	0,71	152,00	0,25	424,00	0,91	0,00	0,00	1704	0,59
Aleitação	3747,71	5,28	3062,75	5,03	1220,61	2,00	1035,23	2,23	1055,92	2,23	10122,22	3,53
Inspeção Militar	24,00	0,03	32,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	56	0,02
Luto	1072,76	1,51	1125,45	1,85	764,81	1,25	1664,90	3,59	1014,82	2,14	5642,74	1,97
Deslocação Escola	259,20	0,37	269,40	0,44	285,75	0,47	318,52	0,69	262,26	0,55	1395,13	0,49
Obrigações Legais	46,70	0,07	147,81	0,24	62,75	0,10	110,61	0,24	166,78	0,35	534,65	0,19
Prestação provas de exame	409,50	0,58	282,93	0,46	520,50	0,85	309,55	0,67	188,00	0,40	1710,48	0,60
Doação de Sangue	75,95	0,11	88,00	0,14	64,00	0,10	48,00	0,10	48,00	0,10	323,95	0,11
Trabalhador Estudante	233,74	0,33	225,29	0,37	329,47	0,54	114,22	0,25	75,27	0,16	977,99	0,34
Membros Secção de Voto	32,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,00	0,03	48	0,02
Consulta pré-natal	76,43	0,11	171,44	0,28	42,63	0,07	127,34	0,27	247,98	0,52	665,82	0,23
Nascimento filho	184,00	0,26	1220,50	2,00	24,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	1428,5	0,50
Parto	7522,46	10,60	3542,46	5,82	4213,64	6,91	2675,48	5,76	3321,13	7,02	21275,17	7,42
Licença Parental	1226,50	1,73	447,00	0,73	1655,50	2,71	640,00	1,38	2108,00	4,45	6077	2,12
Outros*	2939,58	4,14	2581,40	4,24	2482,01	4,07	2586,08	5,57	1860,77	3,93	12449,84	4,34
Total	70977,61	100,00	60898,16	100,00	61004,84	100,00	46409,04	100,00	47318,19	100,00	286607,84	100,00

* greve, falecimento, faltas injustificadas, serviço bombeiros, suspensão disciplinar, assistência a familiares

Fonte: empresa

3.4. Indicadores do absentismo

3.4.1 Taxa de absentismo

A taxa de absentismo contabiliza todas as faltas e o total de horas efectivamente trabalhadas (Correia, 2004).

T.A. = Total de horas de ausência num período / Total de horas efectivamente trabalhadas no mesmo período x 100

3.4.2. Taxa específica por doença ou acidente

T.E.D.A. = N^o de horas de ausência por doença ou acidente num período / Total de horas efectivamente trabalhadas no mesmo período x 100

3.4.3. Custo teórico do absentismo

O cálculo do custo das horas em falta é teórico porque a maioria das empresas não paga directamente este tempo, uma vez que essa responsabilidade é passada para a Segurança Social no caso de doença e para as companhias de seguros no caso de acidente. No entanto, as contribuições para cobrir esta responsabilidade de carácter social são encargos mensais para a empresa. O custo teórico do absentismo é calculado multiplicando o número de horas de ausência no período considerado, pelo custo médio da hora de trabalho. Para os cálculos foi considerado o custo médio da hora de trabalho de 3,92 euros referente a 2013.

$$C.T.A. = N^{\circ} \text{ horas de ausência no período} \times 3,92 \text{ euros}$$

3.4.4. Taxa de substituição do absentismo

Calcula o número de pessoas a contratar para suprir as horas em falta num determinado período.

$$T.S.A. = \text{Horas em falta no período} / \text{Horas potenciais de trabalho de um empregado no mesmo período}$$

Estes dois últimos indicadores têm a função de chamar a atenção para o impacto que o absentismo tem na estabilidade económica das empresas, situação sempre geradora de stress nos trabalhadores.

3.5. Conclusão

A saúde dos trabalhadores, como principal causa do absentismo laboral, deve ser o objectivo dos programas de prevenção, não só no que diz respeito aos acidentes de trabalho e doenças profissionais mas também ao estado da saúde em geral.

Um programa efectivo de SST tem de alargar o seu âmbito de prevenção e monitorizar todos os aspectos que possam, de alguma forma, contribuir para a diminuição da saúde e bem-estar dos trabalhadores, ligados ou não à sua actividade profissional.

4. Indicadores de saúde e bem-estar

4.1. Introdução

Como já referido os exames médicos têm por objectivo verificar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da profissão bem como determinar a repercussão do local de trabalho e das suas condições na saúde do trabalhador. Estes exames, a organização e manutenção de registos clínicos, permitirão monitorizar a evolução do estado de saúde geral dos trabalhadores. Neste ponto apresentam-se os principais indicadores gerais de saúde utilizados e as variáveis necessárias para a avaliação clínica.

4.2. Síndrome Metabólico e Factores de Risco Cardiovascular

Durante os exames médicos são registados os dados referentes à saúde dos trabalhadores que permitirão monitorizar o seu estado de saúde geral. A identificação dos riscos cardiovasculares (Silveira, 2012; Silveira^c [et al], 2011; Fiuza [et al], 2008; Ramos, 2007, Rocha e Conti, 2005) e a determinação de síndrome metabólico exigem informação sobre o trabalhador de um número considerável de indicadores: sexo, idade, hábitos tabágicos, alcoólicos e café, pressão arterial, peso, altura, perímetro abdominal, história clínica familiar e pessoal, perfil lipídico e perfil glicídico. Este registo é realizado de dois em dois anos e todos os anos para os indivíduos com mais de 50 anos de idade.

4.2.1. Síndrome Metabólico

A expressão médica Síndrome Metabólico (SM) designa um conjunto de factores de risco fortemente relacionados com o desenvolvimento de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC) e diabetes.

No diagnóstico da SM, embora existam diferentes critérios quanto aos limites estabelecidos por diferentes organizações de saúde os resultados obtidos são muito semelhantes. Por exemplo, no estudo de (Silveira^a [et al], 2011) são comparados dois critérios: IDF (*International Diabetes Federation*) e NCEP ATP III (*National Cholesterol Education Programs Adult Treatment Panel*). A diferença entre os dois verifica-se no

limite do perímetro de cintura em que o IDF considera como limite menos 8 cm do que o limite estabelecido pelo NCEP ATP III. Os dados trabalhados no presente estudos seguem o critério do NCEP ATP III, sendo considerado com Síndrome Metabólico o indivíduo que apresente três, ou mais dos seguintes critérios:

- Pressão arterial: $\geq 130/85$ mmHg
- Glicémia em jejum: > 110 mg/dl
- Triglicéridos: ≥ 150 mg/dl
- Colesterol HDL: Homens - < 40 mg/dl Mulheres - < 50 mg/dl
- Perímetro de Cintura: Homens - ≥ 102 cm Mulheres - ≥ 88 cm

4.2.2. Factores de Risco Cardiovascular

O risco cardiovascular é classificado por uma tabela de pontos (quadro 2) atribuídos aos diferentes factores de risco (Fiuza [et al], 2008; Rocha e Conti, 2005).

Quadro 2 – Escala de pontuação dos Factores de Risco Cardiovascular

Factor de Risco Presente	Pontos	Classificação
Idade > 45 anos	1	Baixo risco: ≤ 4 pontos Risco Moderado: [5,7] pontos Alto Risco: [8,10] Pontos Muito Alto: >10 Pontos ou (SM)
Tensão Arterial Sistólica > 130mmHG	3	
Glicémia > 120mg/dl	3	
Triglicéridos >150mg/dl	3	
Tabagismo	2	
IMC – obesidade >30	2	
Sedentarismo (actividade física inferior a três vezes por semana/ 30 minutos)	1	
Histórico familiar (pais e/ou irmãos com doença arterial coronária)	2	

Fonte: Fiuza [et al], 2008

4.3. Conclusão

Nos dois indicadores gerais de saúde considerados há 4 variáveis comuns: pressão arterial, glicémia, triglicéridos e obesidade/gordura abdominal. A actuação da equipa de SST nestas variáveis permitirá melhorias ao nível da saúde geral dos trabalhadores, nos dois indicadores, Síndrome Metabólico e Risco Cardiovascular.

5. Metodologia

5.1 Introdução

No início do programa de SST proposto (Novembro de 2011) foi criada uma base de dados que permite o registo, pelo Médico do Trabalho, de todos os dados necessários, de cada trabalhador. Foram registados, em 2011, 2012 e 2013, os dados referentes às seguintes variáveis: género, idade, habilitações literárias, número de filhos, absentismo por doença (nº de dias), motivo da falta, e os diferentes indicadores da saúde dos trabalhadores.

Os dados do absentismo globais, referentes ao período de 2009 a 2013, são obtidos anualmente através da base de dados dos recursos humanos da empresa. O agregado laboral, em 31 de Dezembro de 2013, é de 599 trabalhadores.

Neste capítulo é definido o universo em estudo e a caracterização da amostra nas variáveis demográficas, indicadores gerais de saúde analisados pelo indicador Síndrome Metabólico (SM), Factores de Risco Cardiovascular (FRCV) e o absentismo, em dias de ausência e causas. É ainda analisada a possível influência das características da amostra nos resultados obtidos.

5.2. Universo e caracterização da amostra

5.2.1. Variáveis demográficas

As empresas do sector da Indústria têxtil e do vestuário encontram-se na sua maioria (68,2%; AEP, 2008) na zona Norte do País. A empresa em análise está sediada no concelho de Vizela, distrito de Braga. Para definição do universo foram recolhidos os dados de 2013 referentes ao género, habilitações literárias e escalões etários, entre os 15 e os 64 anos, através da base de dados Pordata⁸, baseada nos resultados dos censos de 2011, publicados pelo Instituto Nacional de Estatística. Foi considerado o Norte de Portugal englobando as regiões de Minho, Cávado, Ave, Grande Porto, Tâmega, Entre Douro e Vouga, Douro e Trás-os-Montes. A população residente da zona Norte de Portugal caracterizada por género, habilitações literárias e escalão etário (gráficos 1, 2 e 3) permite verificar que a amostra em estudo tem

⁸ www.Pordata.pt

semelhanças com o universo, não se verificando no entanto a proporcionalidade desejada nas três variáveis demográficas.

Gráfico 1 – Distribuição por género: universo e amostra

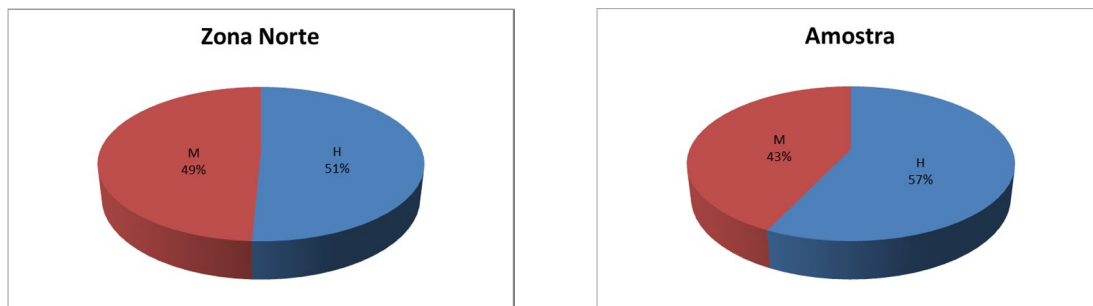


Gráfico 2 – Distribuição por habilitações literárias: universo e amostra

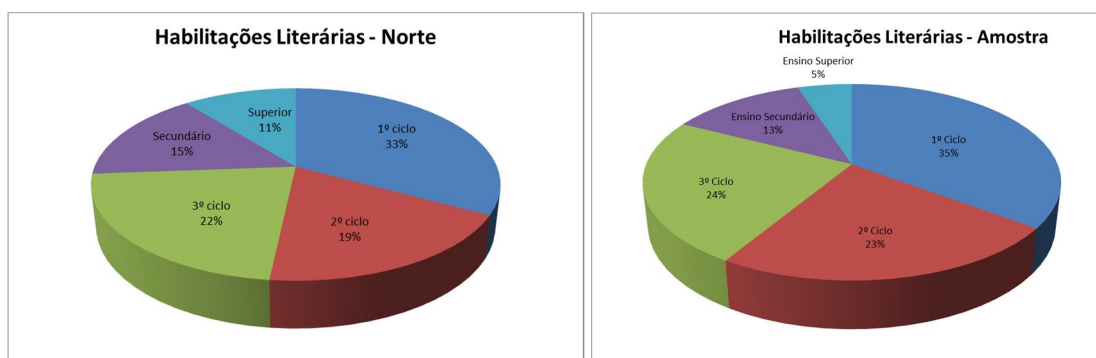
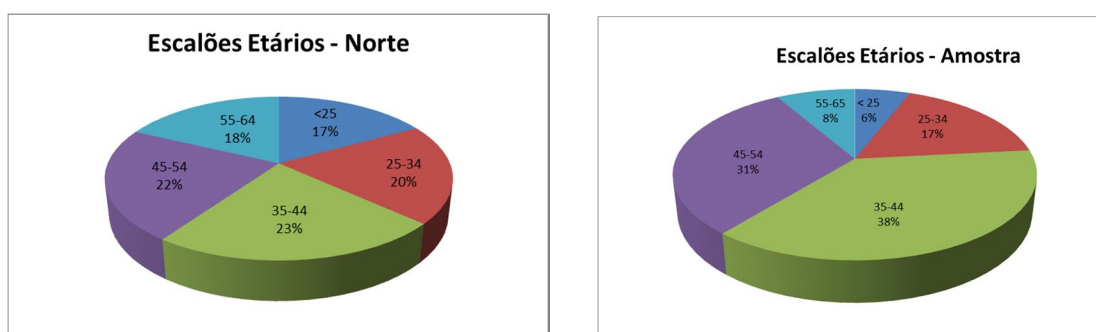


Gráfico 3 - Distribuição por escalões etários: universo e amostra



5.2.1.1. Influência no absentismo das características demográficas da amostra

Na amostra em estudo de 599 trabalhadores, 57% (342) são do sexo masculino (gráfico 1). O nível de habilitações literárias é inferior ao do universo, sendo predominante a formação ao nível do 1º e 2º ciclos (gráfico 2). A maioria dos trabalhadores tem entre 25 e 44 anos, segundo a distribuição representada no gráfico

3. Para verificar se estas características têm influência no absentismo testa-se, em seguida, a independência das variáveis.

Tanto os testes de independência do Qui-Quadrado como os resíduos ajustados permitem analisar a relação de independência entre variáveis qualitativas, se forem cumpridos alguns pressupostos (Pestana e Gageiro, 2005; Maroco, 2007; Hill e Hill, 2008). No teste de independência, a tabela resultante do cruzamento entre as duas variáveis, os valores esperados para todas as células são comparados com os respectivos valores observados, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores esperados e os valores observados não forem significativamente diferentes, as variáveis são independentes. O teste pressupõe ainda que a amostra seja superior a vinte observações, que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a um e que não mais de 20% das células tenham frequência esperada inferior a cinco. Se estes pressupostos não se verificarem o nível de significância observado pode ser ou não correcto (Pestana e Gageiro, 2005; Maroco, 2007).

Para garantir a fiabilidade do teste, a frequência esperada em cada célula pode ser aumentada pela combinação de classes (Maroco, 2008). Para esta análise a variável Absentismo, pode ser recodificada em três classes: sem absentismo, até 12 dias anuais e mais de 12 dias anuais. A variável escalões etários também foi codificada em três classes. Depois de recodificadas as variáveis, realizou-se o teste de independência e os resultados no quadro seguinte permitem não rejeitar a hipótese de as variáveis serem independentes ($p\text{-value}$: $0,661 > \alpha = 0,05$).

Quadro 3 – Teste de Independência entre as variáveis Absentismo e género

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,829 ^a	2	,661
Likelihood Ratio	,825	2	,662
N of Valid Cases	599		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,02.

Quanto aos pressupostos, o quadro anterior indica que a dimensão da amostra (N) é superior a 20 e indica não haver qualquer frequência esperada inferior a cinco no cruzamento entre as variáveis, o que se confirma por observação do quadro 4. Também no quadro 4, os valores dos resíduos ajustados indicam que todas as células têm um comportamento semelhante ao esperado, o que comprova que não há relação entre as variáveis (valores dos resíduos ajustados dentro do intervalo] -1,96; 1,96[, para $\alpha = 0,05$).

Quadro 4 – Frequências e resíduos ajustados para a análise cruzada entre a variável Absentismo e a variável género

Absentismo Grupos * Género Crosstabulation			Género		Total
			F	M	
Absentismo Grupos	Sem absentismo	Count	194	265	459
		Expected Count	196,9	262,1	459,0
		Adjusted Residual	-,6	,6	
	<= 12 dias	Count	17	25	42
		Expected Count	18,0	24,0	42,0
		Adjusted Residual	-,3	,3	
	>12 dias	Count	46	52	98
		Expected Count	42,0	56,0	98,0
		Adjusted Residual	,9	-,9	
	Total	Count	257	342	599
		Expected Count	257,0	342,0	599,0

Foi efectuada a mesma análise para os restantes pares de variáveis (habilitações literárias vs absentismo e escalões etários vs absentismo) e os resultados, semelhantes aos descritos, encontram-se resumidos no quadro seguinte.

Quadro 5 – Independência entre variáveis

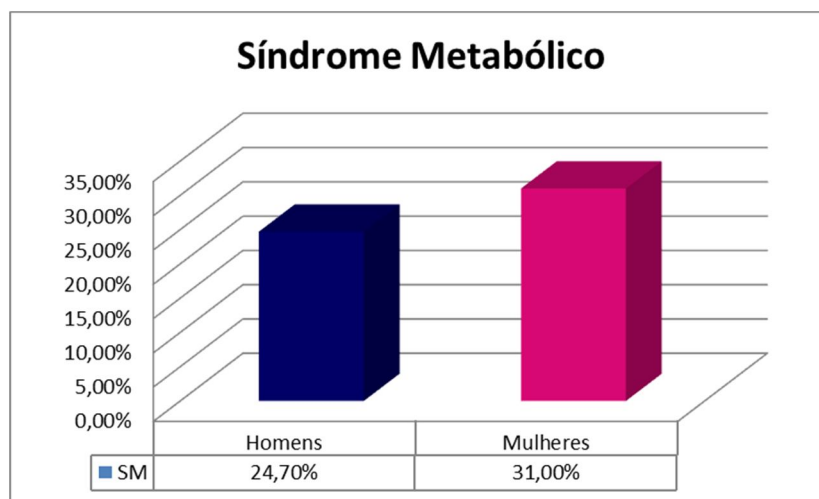
Teste Qui-Quadrado			
Absentismo Grupos vs Habilitações Literárias			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,704	8	0,122
N of Valid Cases	578		
Resíduos ajustados : variam entre -0,9 e 1,8			
a. cells (13,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,06.			
Absentismo Grupos vs Escalões Etários			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,306	4	0,177
N of Valid Cases	561		
Resíduos ajustados: variam entre -0,9 e 1,4			
a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,67			

Perante os resultados de todos os testes efectuados é possível considerar a hipótese de que a variável Absentismo é independente das variáveis género, habilitações literárias e escalões etários, ou seja, não se rejeita a hipótese de independência entre as variáveis em análise. Portanto as características demográficas da amostra analisadas não influenciam, estatisticamente, o Absentismo não havendo também razões de ordem técnica para estabelecer uma relação de dependência.

5.2.2. Indicadores gerais de saúde

O Síndrome Metabólico é um indicador de saúde que resulta da análise de vários factores de risco como pressão arterial, obesidade abdominal, colesterol, triglicéridos e glicemia. Na população portuguesa, segundo o último estudo publicado de (Fiuza [et al], 2008) a incidência nas mulheres é de 29,61% e nos homens de 24,56%, existindo na região Norte uma prevalência superior à média nacional até 5%. Também no estudo de Silveira^b [et al], 2011 é verificada maior incidência no grupo feminino. Na amostra em estudo os valores registados são de 31,00% e 24,70% para mulheres e homens, respectivamente (gráfico 4).

Gráfico 4 – Incidência do Síndrome Metabólico por género

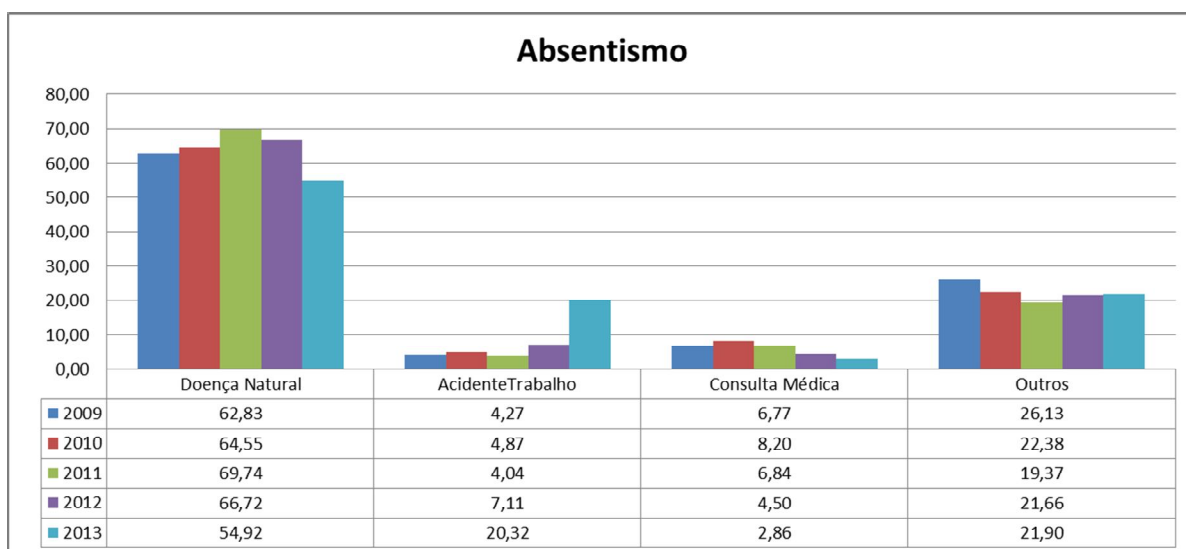


5.2.3. Absentismo

O gráfico 5 e o quadro 6 mostram os dados sobre o absentismo, de 2009 a 2013, por horas de ausência e as principais causas, sobre as quais um programa de

saúde e segurança no trabalho pode directamente influenciar. É possível verificar que a doença natural e consequentes consultas e os acidentes de trabalho são a causa de mais de 70% das faltas ao trabalho. As outras causas não discriminadas são referentes a motivos diversos como, por exemplo, assistência a familiares, maternidade, obrigações legais, luto, licença parental, entre outros.

Gráfico 5 – Causas do absentismo (valores em percentagem)



O motivo mais frequente de ausência ao trabalho é a doença natural. É o motivo de 4575 dias de ausência ao trabalho, em média nos últimos 5 anos, o que representa 63,9%% do total de dias perdidos (7165/média ano) por ausência ao trabalho.

Quadro 6– Causas do Absentismo

Causa	Absentismo									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%	Horas	%
Doença Natural	44594,67	62,83	39312,33	64,55	42545,74	69,74	30964,18	66,72	25986,09	54,92
Acidente Trabalho	3030,76	4,27	2966,25	4,87	2467,14	4,04	3300,29	7,11	9615,69	20,32
Consulta Médica	4805,65	6,77	4991,15	8,20	4174,29	6,84	2090,64	4,50	1351,48	2,86
Outros	18546,53	26,13	13628,43	22,38	11817,67	19,37	10053,93	21,66	10364,93	21,90
Total	70977,61	100	60898,16	100	61004,84	100	46409,04	100	47318,19	100

Fonte: empresa

5.3. Conclusão

A amostra de 599 trabalhadores não tem a proporcionalidade desejada em relação ao universo nas três variáveis demográficas consideradas. Contudo, os testes de independência realizados entre as variáveis demográficas e o absentismo permitem considerar que as características demográficas da amostra analisadas não influenciam, estatisticamente, o absentismo, não havendo também qualquer razão de ordem técnica para estabelecer uma relação de dependência.

A amostra é representativa no indicador geral de saúde e as causas do absentismo dos trabalhadores são, na sua maioria, por doença natural nos cinco anos analisados.

6. RESULTADOS

6.1. Introdução

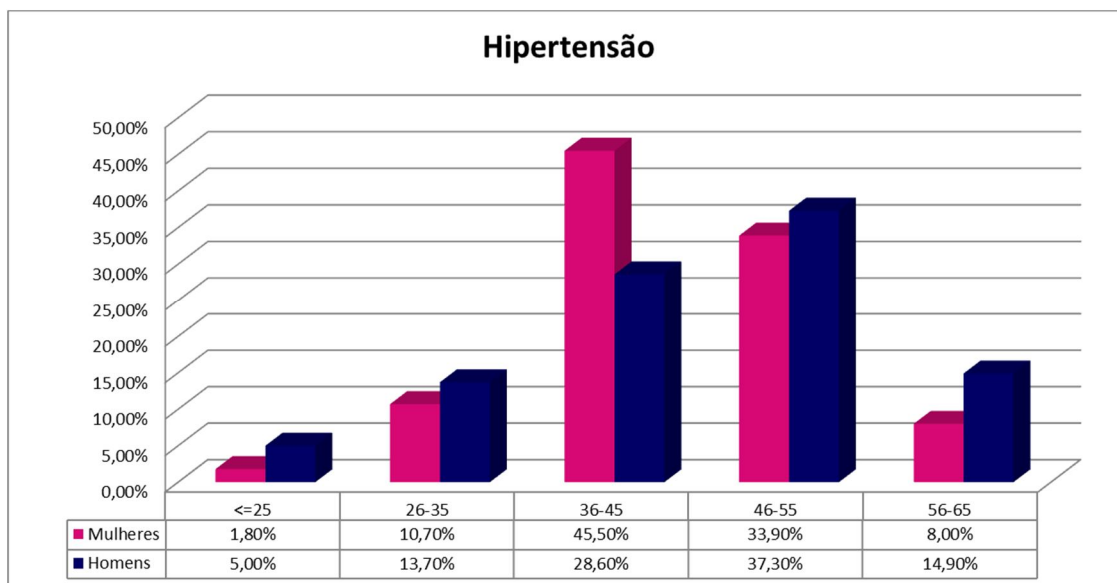
A actividade desenvolvida pela equipa de SST desde 2011 pode ser analisada através da evolução dos indicadores gerais de saúde e consequente impacto no absentismo. Neste capítulo apresenta-se a evolução ao nível de vários indicadores e procura-se determinar, através de análise de regressão linear, quais as variáveis que mais influenciam o risco cardiovascular dos trabalhadores sobre as quais a equipa de SST tem centrado as acções desenvolvidas.

6.2. Indicadores gerais de saúde

Os dados seguintes resultam do registo efectuado em 2011, 2012 e 2013 pelo Médico do Trabalho durante os exames médicos de admissão, periódicos ou ocasionais.

Estes indicadores permitem verificar a evolução do estado de saúde geral dos trabalhadores. O gráfico seguinte indica a incidência de hipertensos por género e escalão etário.

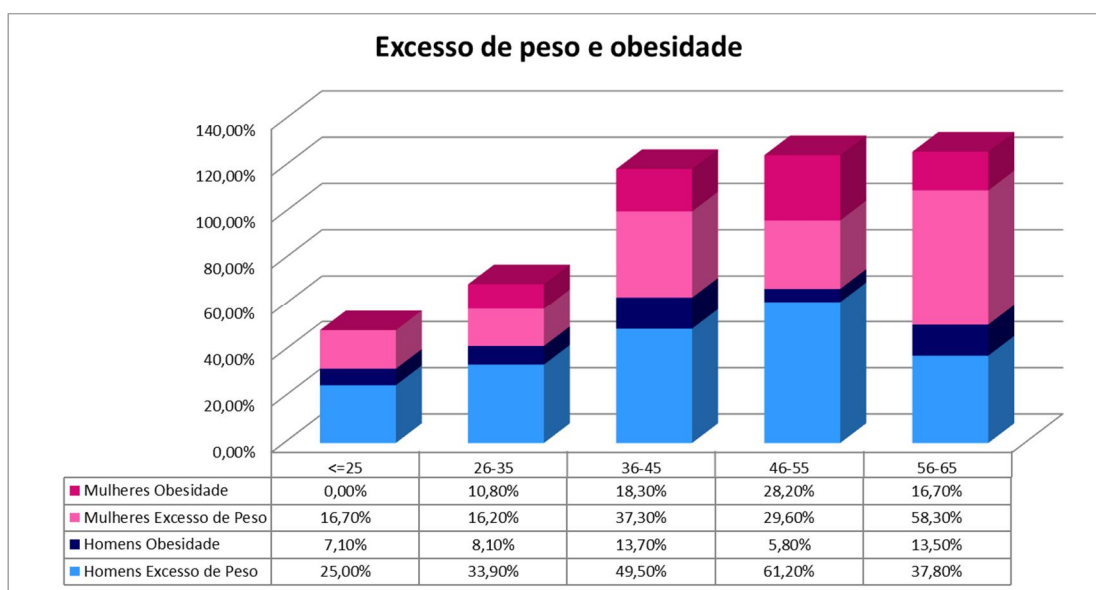
Gráfico 6 – Incidência de hipertensos: género vs escalão etário



A incidência de hipertensos é maior nos indivíduos do sexo masculino com exceção do escalão etário dos 36 aos 45 anos (gráfico 6).

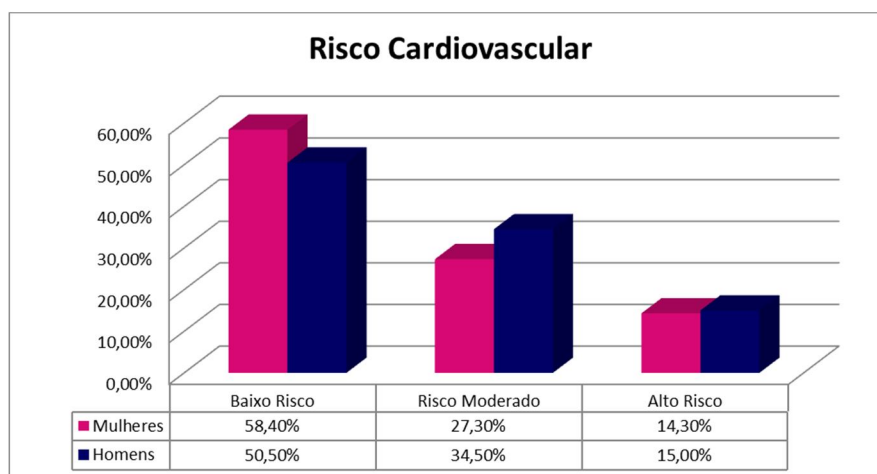
No escalão dos 46 aos 55 anos os homens apresentam maior incidência de excesso peso e as mulheres de obesidade. No escalão dos 56 aos 65 anos as mulheres têm maior incidência de excesso de peso e obesidade (gráfico 7).

Gráfico 7 – Incidência de excesso de peso/obesidade: gênero vs escalão etário



A incidência de risco cardiovascular é mais elevada no sexo masculino quer de nível moderado ou de alto risco (gráfico 8).

Gráfico 8 – Incidência de risco cardiovascular por gênero



A incidência de factor de risco cardiovascular aumenta com a idade, verificando-se maior incidência no sexo masculino com excepção do escalão etário dos 56 aos 65 anos, em que este risco moderado atinge uma incidência de 50% nas mulheres (gráfico 9). Verifica-se maior incidência de SM no sexo feminino entre os 26 e os 65 anos de idade (gráfico 10).

Gráfico 9 – Incidência de risco cardiovascular: escalão etário vs género

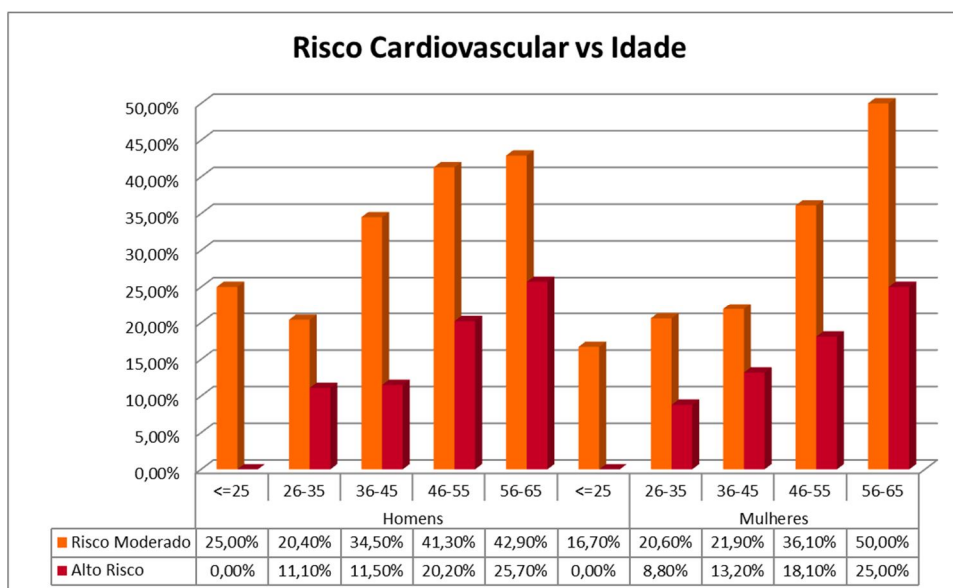
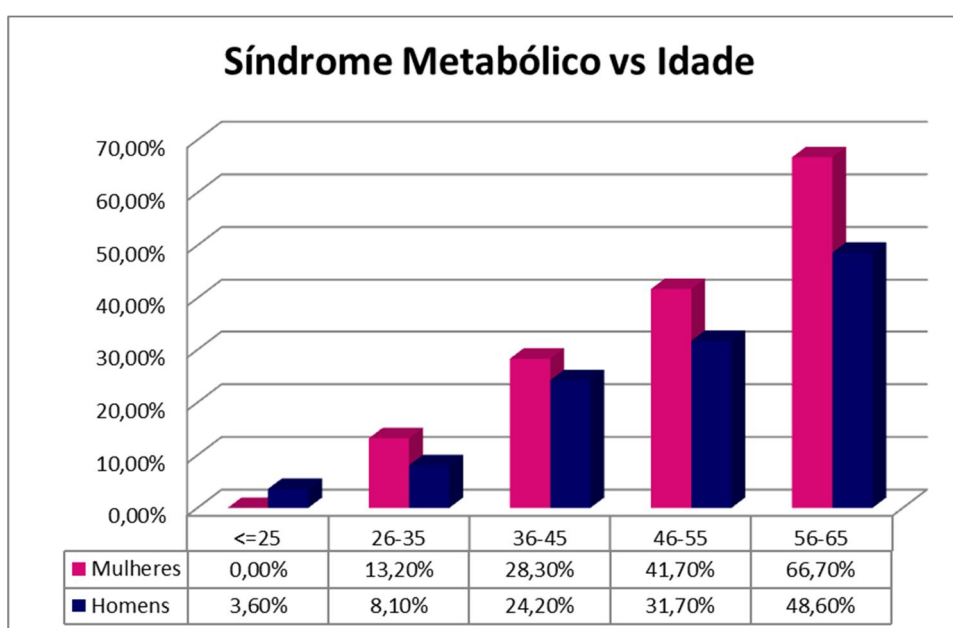


Gráfico 10 – Incidência de Síndrome Metabólica: género vs escalão etário



Nos indicadores indicados a evolução ao longo dos últimos anos é analisada nos quadros seguintes. Na saúde geral dos trabalhadores verificam-se algumas melhorias com maior incidência nos indivíduos do sexo masculino e em quase todos os escalões etários excepto dos 26 aos 35 anos (quadros 7 e 8).

Quadro 7 – Indicadores da saúde geral dos trabalhadores, por género

Indicadores		2011		2012		2013	
		Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
		%	%	%	%	%	%
Hipertensos		36,90	39,10	54,70	47,10	49,10	44,10
Risco cardiovascular	Baixo Risco	57,80	55,10	47,50	60,50	50,50	58,40
	Risco Moderado	20,00	31,90	36,10	27,60	34,50	27,30
	Alto Risco	22,20	13,00	16,50	11,80	15,00	14,30
Síndrome Metabólico		16,70	34,50	28,40	31,00	24,70	31,00
IMC	Baixo Peso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,00
	Peso Normal	45,20	37,20	39,40	48,50	43,10	48,00
	Excesso Peso	45,20	37,20	49,50	29,90	46,80	32,50
	Obesidade	9,50	25,60	11,10	21,60	9,80	19,40

Quadro 8 - Indicadores da saúde geral dos trabalhadores, por escalão etário

Indicadores (%)		2011					
		<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65
Hipertensos		11,10	29,20	42,50	41,50	33,30	0,00
Risco cardiovascular	Baixo Risco	83,30	65,00	52,20	52,80	50,00	0,00
	Risco Moderado	16,70	15,00	30,40	27,80	50,00	0,00
	Alto Risco	0,00	20,00	17,40	19,40	0,00	0,00
Síndrome Metabólico		0,00	12,50	37,00	22,60	16,70	0,00
IMC	Baixo Peso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Peso Normal	33,30	68,00	33,80	37,70	50,00	0,00
	Excesso Peso	56,60	20,00	39,40	50,90	41,70	0,00
	Obesidade	11,10	12,00	26,80	11,30	8,30	0,00
Indicadores (%)		2012					
		<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65
Hipertensos		33,30	33,00	48,00	61,40	74,40	100,00
Risco cardiovascular	Baixo Risco	72,20	75,00	56,10	43,10	31,60	0,00
	Risco Moderado	22,20	18,80	31,60	38,10	42,10	0,00
	Alto Risco	5,60	6,30	12,30	18,80	26,30	0,00
Síndrome Metabólico		0,00	10,60	30,20	36,70	53,80	100,00
IMC	Baixo Peso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Peso Normal	61,10	64,20	39,10	35,20	46,20	0,00
	Excesso Peso	27,80	26,30	41,10	49,10	41,00	0,00
	Obesidade	11,10	9,50	19,80	15,80	12,80	100,00
Indicadores (%)		2013					
		<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65
Hipertensos		29,40	34,00	43,90	55,70	67,30	100,00
Risco cardiovascular	Baixo Risco	76,10	69,30	60,20	41,50	29,80	0,00
	Risco Moderado	23,30	20,50	27,40	39,20	44,70	100,00
	Alto Risco	0,00	10,20	12,40	19,30	25,20	0,00
Síndrome Metabólico		2,90	10,00	26,60	35,80	53,10	100,00
IMC	Baixo Peso	2,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Peso Normal	67,60	63,60	41,20	36,80	42,90	0,00
	Excesso Peso	23,50	27,30	42,50	48,30	42,90	100,00
	Obesidade	5,90	9,10	16,30	14,90	14,30	0,00

As diversas campanhas de sensibilização quanto a hábitos tabágicos, alcoólicos, excesso de peso e outros hábitos diários têm contribuído para a melhoria dos indicadores gerais de saúde. Conforme se verifica no quadro 9 existe uma associação positiva e significativa ($\text{sig} < 0,01$) entre o consumo de álcool e o IMC, perímetro de cintura, pressão arterial sistólica e diastólica, glicemia, triglicerídeos e colesterol total. Embora as associações não sejam de grau elevado, há evidência de que o consumo de álcool piora todos os indicadores analisados, evidência esta também encontrada no estudo de Silveira^d [et al] (2011). Os hábitos tabágicos também têm influência nefasta nos triglicerídeos e no colesterol total ($\text{sig} < 0,05$). Nas correlações analisadas não há evidência da influência do café naqueles indicadores.

O IMC e o perímetro de cintura também contribuem para elevar os níveis da pressão arterial, glicemia e triglicerídeos ($\text{sig} < 0,01$ ou $< 0,05$).

Quadro 9 – Correlações entre indicadores de saúde

Pearson Correlation											
	Idade	Nº Cigarros /dia	Alcool Cl/dia	Nº cafés/dia	IMC	Cintura (cm)	Pressao Arterial MX	Pressão Arterial MN	Glicemia	Triglicidos	Colesterol Total
Idade											
Nº Cigarros/dia	-,062										
Alcool Cl/dia	,331**	,158**									
Nº cafés/dia	-,010	,339**	,057								
IMC	,175**	-,115**	,134**	,019							
Cintura (cm)	,299**	-,065	,240**	,031	,814**						
Pressao Arterial MX	,251**	-,014	,257**	-,001	,358**	,348**					
Pressão Arterial MN	,246**	-,054	,227**	,040	,373**	,370**	,739**				
Glicemia	,244**	-,043	,239**	,027	,146*	,191**	,189**	,067			
Triglicidos	,048	,141*	,242**	-,010	,181**	,274**	,265**	,255**	,060		
Colesterol Total	,149*	,118*	,176**	,013	,113	,008	,100	,115*	,016	,297**	
HDL	,215**	-,173**	-,086**	-,043	,111**	,094*	-,039	,046	,121*	-,160**	,153**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

6.3. Modelo de regressão linear

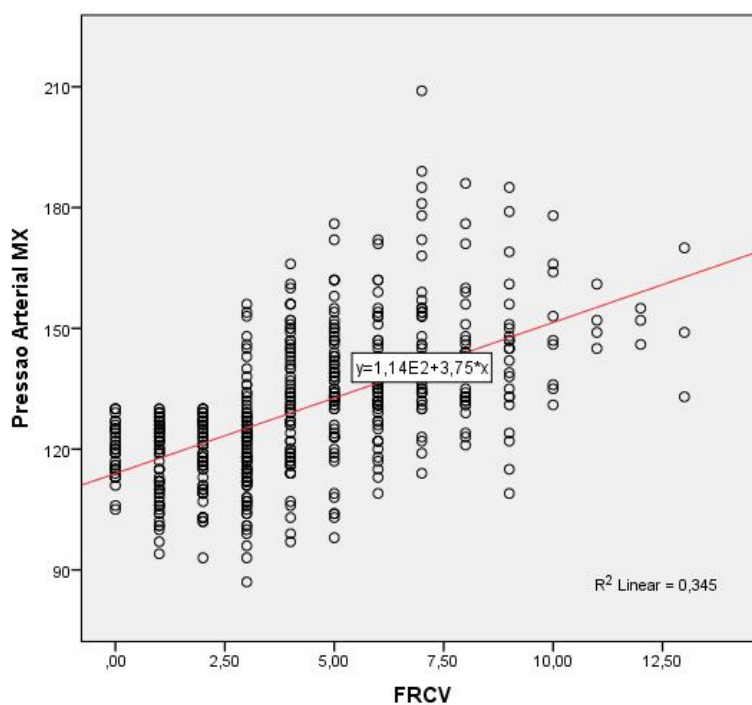
Para identificar os factores mais determinantes no nível de risco cardiovascular recorreu-se à análise de regressão linear. O risco cardiovascular, segundo o estudo Fiuza [et al] (2008) é calculado em função das variáveis idade, hábitos tabágicos, IMC, pressão arterial, glicemia e triglicerídeos. Antes de serem estimados os coeficientes de

regressão verificou-se um dos pressupostos da análise, a linearidade entre as variáveis independentes e a variável dependente

6.3.1. Linearidade entre as variáveis independentes e a variável dependente

O diagrama de dispersão da figura seguinte indica a relação linear que apresenta o maior coeficiente de correlação⁹, entre o Risco Cardiovascular e a Pressão arterial sistólica. É uma correlação linear positiva ($R=0,587$), com 34,5% da variação de uma explicada pela outra ($R^2= 0,345$)

Figura 5 – Correlação linear entre FRCV e Pressão arterial sistólica



O quadro seguinte indica os coeficientes de correlação (R) e determinação (R^2) entre as variáveis consideradas. Embora se verifiquem correlações baixas ou moderadas¹⁰ cumpre-se o pressuposto da linearidade entre a variável dependente e as variáveis independentes, uma vez que se rejeita, para cada regressão, a possibilidade de não existir a relação linear proposta entre as variáveis em estudo ($p\text{-value} < 0,001$).

⁹ Os diagramas de dispersão das relações lineares entre as restantes variáveis apresentam-se nos outputs SPSS, Tabela 12

¹⁰ $R < 0,2$ – muito baixa; $0,2 < R < 0,39$ – baixa; $0,4 < R < 0,69$ – moderada; $0,7 < R < 0,89$ – alta; $R > 0,9$ – muito alta (Pestana e Gageiro, 2005)

Quadro 10 – Relações lineares entre a variável dependente e as variáveis independentes

Variáveis	FRCV		
	R	R ²	p-value
Pressão arterial MX	0,587	0,345	<0,001
Triglicéridos	0,448	0,200	<0,001
Nº cigarros/dia	0,234	0,055	<0,001
IMC	0,382	0,146	<0,001
Glicemia	0,363	0,132	<0,001
Idade	0,331	0,110	<0,001

6.3.2. Estimação dos coeficientes de regressão

Na análise de regressão realizada, com todas as variáveis explicativas em simultâneo, o coeficiente de correlação múltipla (R) é de 0,794 e representa a relação entre os valores observados da variável dependente e os valores calculados da mesma variável por meio da equação de regressão. O coeficiente de determinação (R²) indica que as seis variáveis preditoras, no seu conjunto, explicam 63,1% da variação da variável Factores de Risco Cardiovasculares. O coeficiente de determinação ajustado, que toma em conta o número de variáveis em relação à dimensão da amostra, indica que a variação da variável dependente é explicada em 0,623 pelo conjunto das variáveis independentes presentes no modelo (quadro 11).

Quadro 11 – Sumário do modelo de regressão linear

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,794 ^a	,631	,623	1,85799

a. Predictors: (Constant), Triglicidos >=150 mg/dl, Glicemia >100 mg/dl, Nº Cigarros/dia, IMC, Idade, Pressao Arterial MX

Embora o objectivo da presente análise não seja obter um modelo de previsão da variável dependente pode-se questionar se perante os resultados até agora obtidos, a influência das variáveis independentes sobre a variável dependente

encontrada na amostra em estudo se poderá manter na população. Encontrar pelo menos um dos coeficientes de regressão diferente de zero na amostra não implica necessariamente que o correspondente coeficiente seja também diferente de zero na população (Maroco, 2007). Por esse facto analisam-se em seguida os valores de significância individual das variáveis independentes.

A análise de cada um dos valores absolutos dos coeficientes Beta indica que as variáveis. Pressão arterial e Triglicérideos apresentam as maiores contribuições relativas para explicar o comportamento do FRCV. A importância relativa das variáveis e a sua significância individual é testada pela hipótese de que cada um dos coeficientes de regressão, individualmente, seja igual a zero. Os valores apresentados no quadro 12 permitem rejeitar a hipótese para as seis variáveis independentes, individualmente, influenciam significativamente o comportamento do FRCV (teste t associado ao *p-value* <0,001, quadro 12).

Quadro 12 – Coeficientes de regressão e teste à hipótese de cada uma das variáveis independentes influencia a FRCV

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-15,757	1,082		-14,568	,000
	Idade	,058	,014	,157	4,061	,000
	Nº Cigarros/dia	,121	,022	,208	5,551	,000
	IMC	,119	,030	,163	4,017	,000
	Pressao Arterial MX	,076	,007	,428	10,161	,000
	Glicemia >100 mg/dl	,039	,007	,201	5,268	,000
	Triglicidos >=150 mg/dl	,013	,002	,258	6,698	,000

a. Dependent Variable: FRCV

O facto de as variáveis serem significativas individualmente, não implica que o sejam em conjunto. O quadro seguinte apresenta o teste da significância global. É testada a hipótese de todos os coeficientes, na população, serem iguais a zero contra a hipótese de que, pelo menos um, é diferente de zero. O teste indica que a hipótese de todos os coeficientes das variáveis explicativas serem iguais a zero pode ser

rejeitada ($F=79,128$; $p\text{-value} < 0,001$ - quadro 13). O modelo é significativo, ou seja, existe a possibilidade de se verificarem, na população, as mesmas influências sobre o FRCV que se encontram nos dados da amostra.

Quadro 13 – Teste à hipótese de existirem na população as mesmas influências das variáveis independentes no FRCV

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	1638,962	6	273,160	79,128	,000 ^b
Residual	959,691	278	3,452		
Total	2598,653	284			

a. Dependent Variable: FRCV

b. Predictors: (Constant), Triglicidos ≥ 150 mg/dl, Glicemia > 100 mg/dl, Nº Cigarros/dia, IMC, Idade, Pressao Arterial MX

6.3.3. Verificação dos pressupostos da análise de regressão linear múltipla

Um modelo estimado por regressão linear múltipla pode ser usado com objectivos de inferência de relações funcionais entre as variáveis dependentes e as independentes se um conjunto de pressupostos referentes ao modelo forem válidos (Maroco, 2007; Pestana e Gageiro, 2005; Hill e Hill, 2008).

Para além da dimensão da amostra e da linearidade entre as variáveis independentes e a variável dependente (pressupostos já verificados), a técnica de regressão múltipla pressupõe que os resíduos apresentem distribuição normal, homogeneidade da variância da variável dependente e que as variáveis independentes não estejam fortemente correlacionadas entre si.

6.3.3.1. Normalidade da distribuição dos resíduos

Os erros, ou resíduos, do modelo deverão possuir distribuição normal de média nula e variância constante. A figura 6 mostra que a maioria dos pontos está, praticamente, em cima da diagonal principal. Os resíduos apresentam assim, visualmente, distribuição normal.

Utilizando um teste de normalidade à variável resíduos não standardizados, pode-se confirmar o que a visualização do gráfico parece indicar (quadro 14). O teste permite não rejeitar a hipótese de que a distribuição dos resíduos segue distribuição normal para os habituais níveis de significância ($\alpha = 0,01$; $\alpha = 0,05$ e $\alpha = 0,1$; $p\text{-value} = 0,200$ no teste de K-S (Kolmogorov-Smirnov) e $p\text{-value} = 0,471$ para o teste de Shaphiro-Wilk). Verifica-se o primeiro pressuposto: os resíduos seguem uma distribuição normal.

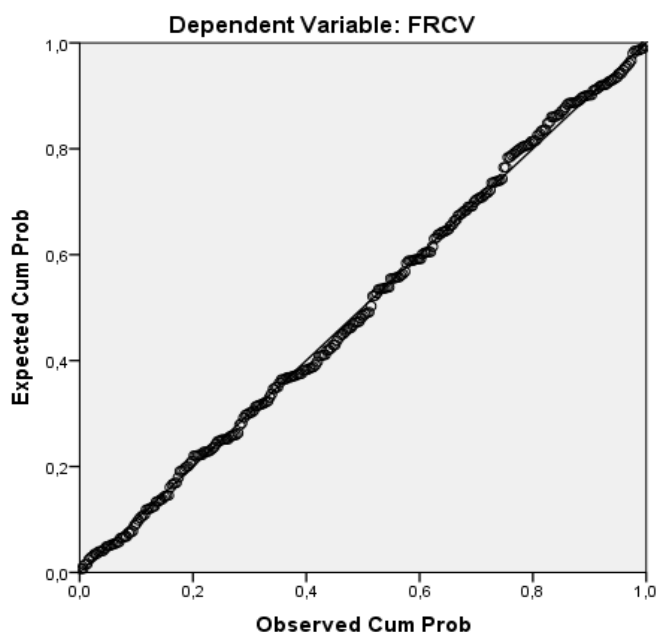
Quadro 14 - Teste à normalidade dos resíduos

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Unstandardized Residual	,032	285	,200 [*]	,995	285	,471

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

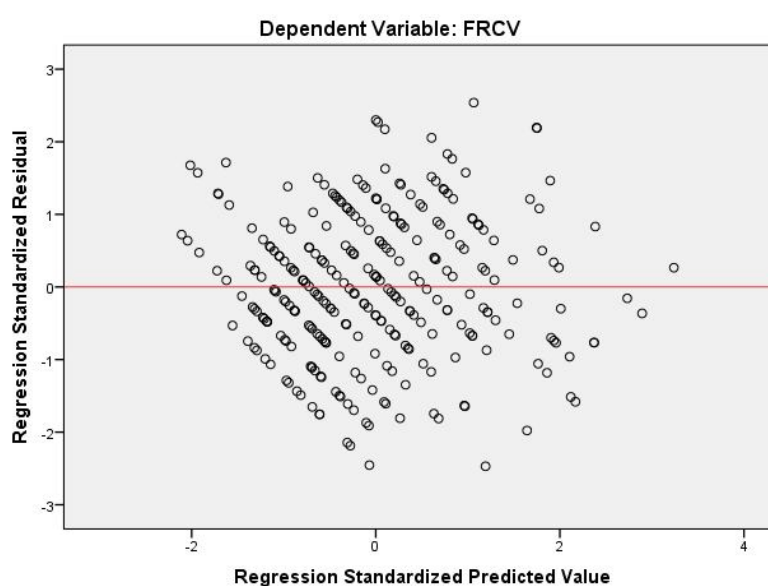
Figura 6 – Normalidade da distribuição dos resíduos



6.3.3.2. Homogeneidade da variância

O pressuposto da homogeneidade da variância da variável dependente requer que a variância seja idêntica para todas as observações. Na figura 7 verifica-se que os resíduos se distribuem de forma mais ou menos aleatória em torno de zero, o que parece indicar visualmente, a homogeneidade da variância da variável dependente.

Figura 7 - Homogeneidade da variância



6.3.3.3. Correlação entre as variáveis independentes

A análise de regressão linear múltipla pressupõe que não exista correlação entre as variáveis independentes que influencie o comportamento da variável dependente. Quando a correlação entre as variáveis independentes influencia o efeito sobre a variável dependente diz-se que existe multicolinearidade (Hill e Hill, 2008; Pestana e Gageiro, 2005).

As correlações bivariadas entre as variáveis independentes encontram-se no quadro 15. A análise simples destes valores de correlação bivariada não permite verificar se existe multicolinearidade entre mais do que duas variáveis.

Quadro 15 – Correlações entre variáveis independentes

Correlations Pearson Correlation	Idade	Nº cigarros/dia	Pressão Arterial Mx	Glicemia	Triglicédeos	IMC
Idade	1,000	-,062	,251	,244	,048	,174
Nº cigarros/dia	-,062	1,000	-,014	-,043	-,142	-,114
Pressão Arterial Mx	,251	-,014	1,000	,189	,265	,358
Glicemia	,244	-,043	,189	1,000	,061	,146
Triglicédeos	,048	-,142	,265	,061	1,000	,183
IMC	,174	-,114	,358	,146	,183	1,000

Os efeitos da multicolinearidade podem ser diagnosticados nos quadros 16 e 17. Um dos diagnósticos de multicolinearidade é o factor de inflação da variância (*Variance Inflation Factor* - VIF). De uma forma geral, os valores do factor de inflação da variância superiores a cinco indicam problemas com a estimação dos coeficientes de regressão devido à presença de multicolinearidade nas variáveis independentes (Maroco, 2007; Pestana e Gageiro, 2005). Outra medida de diagnóstico, inversa do factor de inflação da variância, é a tolerância (*Tolerance*) das variáveis independentes. O valor da tolerância varia entre zero e um. A tolerância mede a proporção da variação de uma dada variável independente que não é explicada pelas outras variáveis independentes. Quanto mais próximo de zero estiver o valor da tolerância, menor será a proporção da variância não explicada pelas outras variáveis, portanto maior será a multicolinearidade das variáveis independentes. Sendo uma medida inversa ao factor de inflação da variância (VIF) e como foi considerado limite máximo o valor cinco, então valores de Tolerância (T) abaixo de 0,2 são inaceitáveis ($VIF=1/T$).

Quadro 16 - Valores da tolerância e do factor de inflação da variância
Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-15,757	1,082		-14,568	,000		
	Idade	,058	,014	,157	4,061	,000	,892	1,121
	Nº Cigarros/dia	,121	,022	,208	5,551	,000	,943	1,060
	IMC	,119	,030	,163	4,017	,000	,810	1,234
	Pressao Arterial MX	,076	,007	,428	10,161	,000	,748	1,337
	Glicemia >100 mg/dl	,039	,007	,201	5,268	,000	,912	1,097
	Triglicidos >=150 mg/dl	,013	,002	,258	6,698	,000	,897	1,115

a. Dependent Variable: FRCV

Todos os valores do factor de inflação da variância estão abaixo de cinco e todos os valores da Tolerância estão acima de 0,2 (quadro 16) pelo que a correlação existente entre as variáveis independentes, é aceitável.

No seguinte é possível confirmar o diagnóstico das duas estatísticas de colinearidade descritas.

Quadro 17 - Diagnóstico de multicolinearidade e influência no modelo estimado

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions							
				(Constant)	Idade	Nº Cigarros/dia	IMC	Pressao Arterial MX	Glicemia >100 mg/dl	Triglicidos >=150 mg/dl	
1	1	5,891	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,01
	2	,841	2,647	,00	,00	,93	,00	,00	,00	,00	,00
	3	,199	5,447	,00	,01	,02	,00	,00	,00	,01	,94
	4	,027	14,895	,01	,39	,02	,29	,04	,04	,17	,03
	5	,024	15,762	,00	,47	,01	,00	,00	,00	,73	,00
	6	,012	22,581	,09	,10	,00	,68	,49	,49	,04	,00
	7	,008	27,474	,91	,03	,01	,02	,46	,46	,06	,02

a. Dependent Variable: FRCV

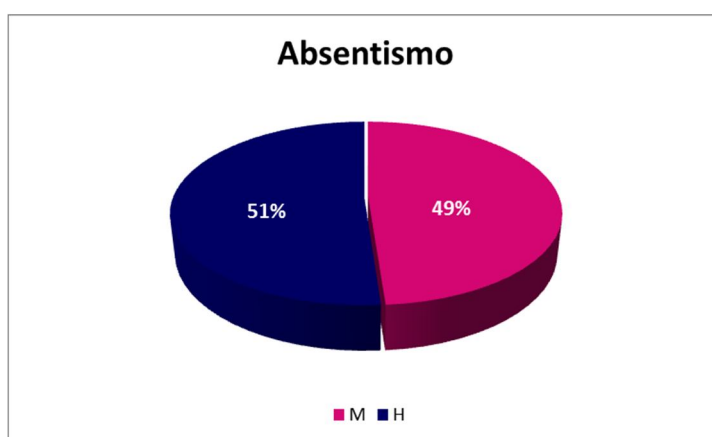
Através da matriz da proporção da variância (*Variance Proportions*) são analisados os efeitos da multicolinearidade na equação de regressão estimada. A matriz *Variance Proportions* combinada com o *Index Condition* resulta em mais um diagnóstico de multicolinearidade entre as variáveis independentes. Quando os valores do *Index Condition* atingem o valor 15 e contribuem numa proporção considerável de variância para dois ou mais parâmetros (> 0,90) a multicolinearidade entre as variáveis independentes tem influência inaceitável na equação de regressão estimada (Hill e Hill, 2008; Maroco, 2007: 418; Aaker [et al], 2008). Apesar de haver valores dos *Index Condition* que atingem o valor 15, nenhum deles contribui em mais de 0,90 numa proporção da variância para dois parâmetros, portanto confirma-se o diagnóstico anterior de que a correlação entre as variáveis independentes tem influência aceitável no modelo estimado.

Perante a análise efectuada conclui-se que o pressuposto da análise de regressão múltipla da não existência de multicolinearidade também é cumprido.

6.4. Absentismo

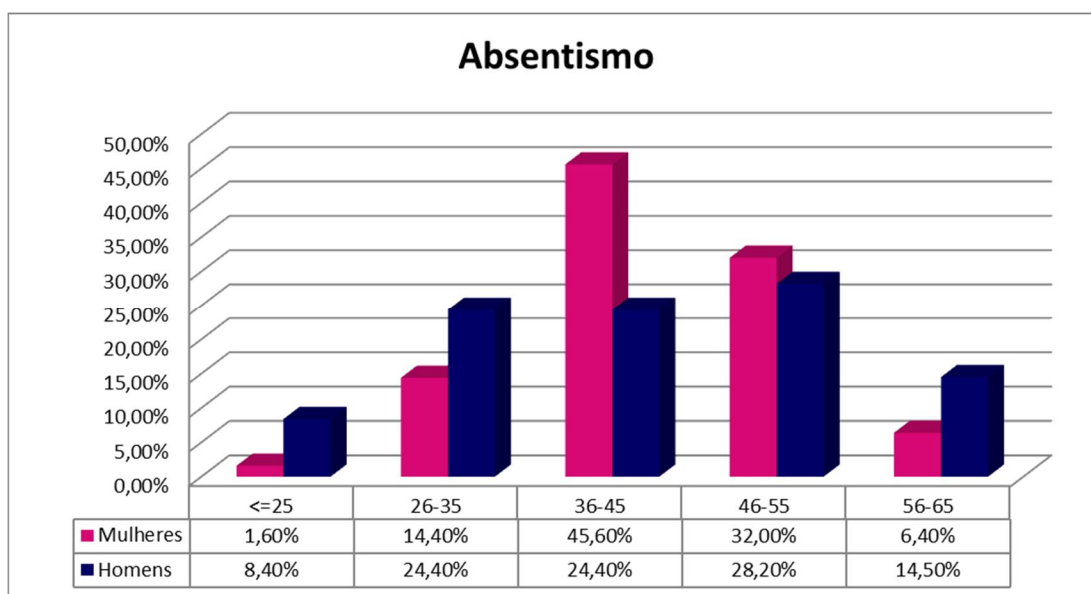
Dos 599 trabalhadores ao serviço da empresa em 31 de Dezembro de 2013, 256 registam falta de dias ao trabalho por doença no período de 2011 a 2013. São 125 mulheres e 131 homens.

Gráfico 11 – Absentismo: distribuição por género



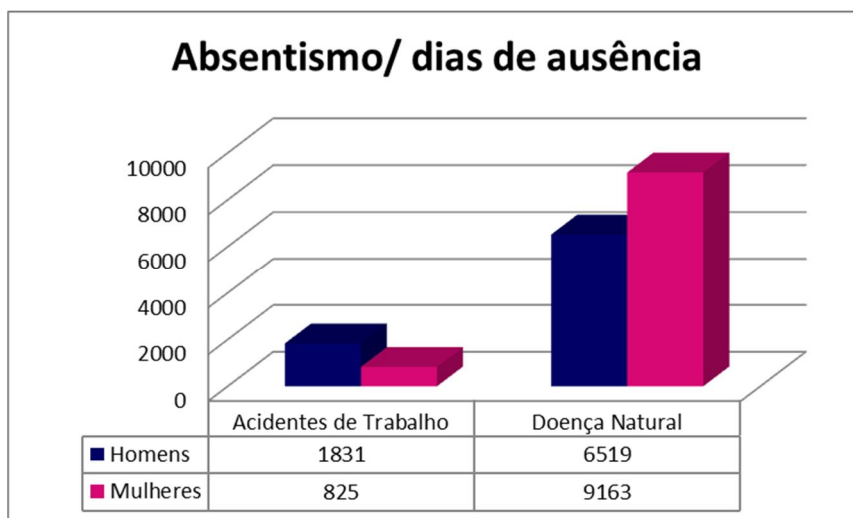
O escalão etário predominante é o dos 46 aos 55 anos para os indivíduos do género masculino e dos 36 aos 45 no género feminino (gráficos 12 e 13).

Gráfico 12 – Absentismo: distribuição género vs escalão etário



As mulheres têm mais dias de falta por doença natural e os homens por acidente de trabalho (gráfico 13).

Gráfico 13 – Dias de ausência: género vs motivo



O total de dias de ausência por acidentes de trabalho foi de 2656 e 15682 por doença natural. O total de dias perdidos de 2011 a 2013 foi de 18338 (gráfico 14). O custo teórico destas horas de absentismo está representado no gráfico 15.

Gráfico 14 – Dias de ausência: acidentes de trabalho e doença natural

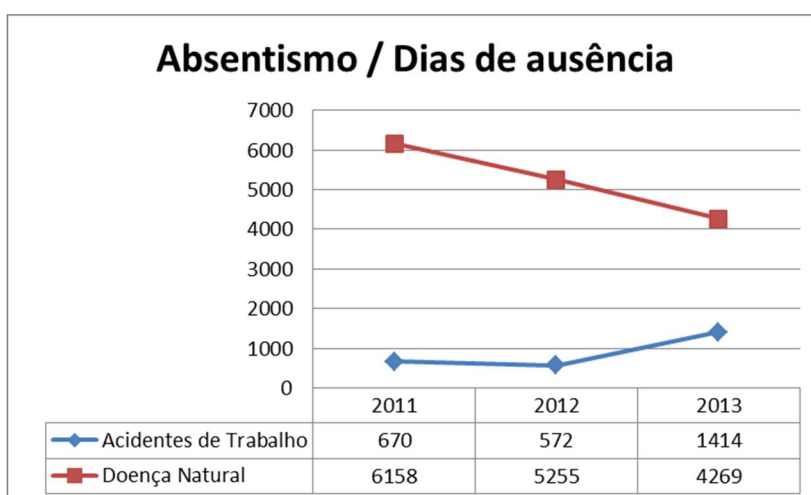
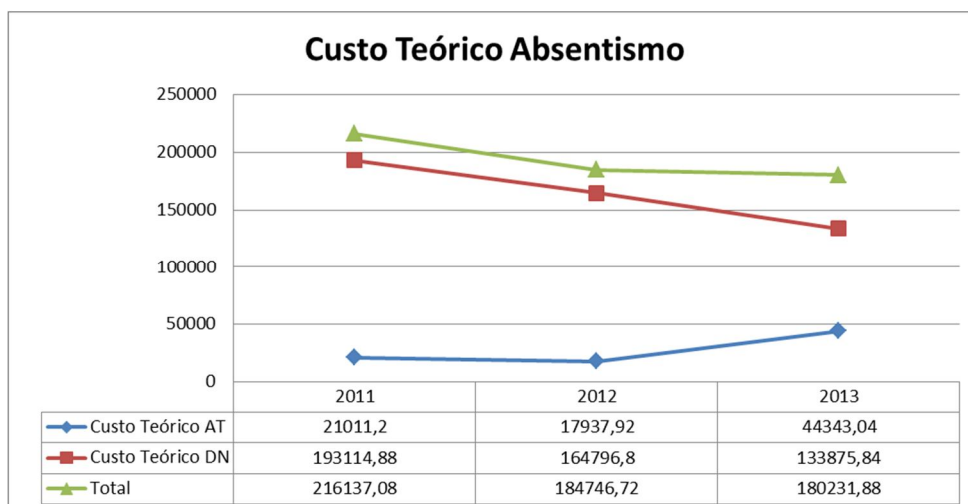
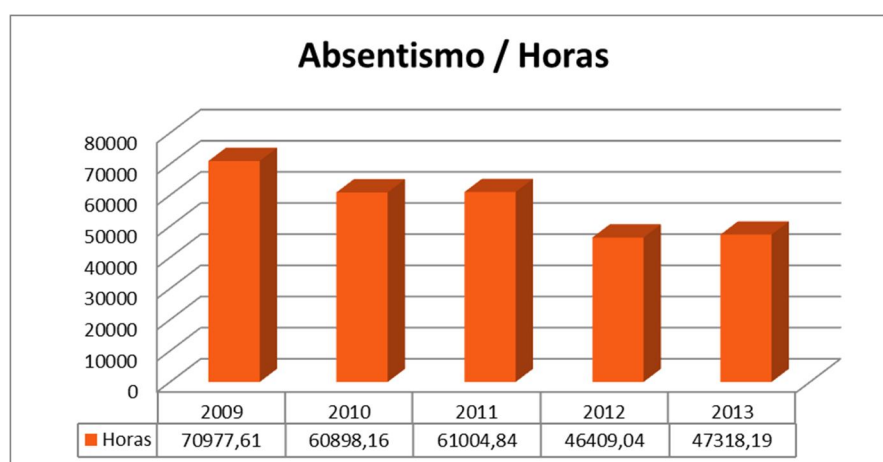


Gráfico 15 - Custo teórico absentismo por doença natural ou acidente de trabalho



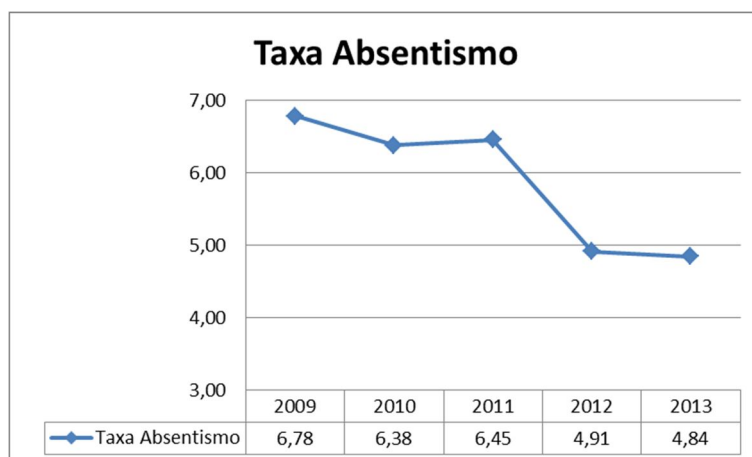
A redução do custo teórico, do absentismo por doença natural e acidentes de trabalho, de 2011 para 2012 foi de 14,52% e de 2,44% de 2012 para 2013. O total de redução do período em análise foi de 16,96%. A redução do custo teórico por motivo de doença natural foi de 30,68%. Embora 2013 tenha sido um ano atípico em termos de acidentes de trabalho ainda foi possível diminuir o custo teórico do absentismo no total considerando estes dois motivos do absentismo, aqueles que um programa efectivo de SST pode influenciar. O número de horas totais de absentismo tem vindo a decrescer ao longo dos últimos anos, mas com uma descida mais evidente de 2011 para 2012 (gráfico 16).

Gráfico 16 – Número de horas de absentismo de 2009 a 2013



A taxa de absentismo apresenta uma queda de 1,61 pontos percentuais de 2011 para 2013 (gráfico 17). Consequentemente, o custo teórico do absentismo bem como taxa de substituição também têm decrescido com a mesma queda acentuada de 2011 para 2012 (quadro 18). A ligeira subida destes dois indicadores de 2012 para 2013 deveu-se a um aumento no número de horas de ausência por acidentes de trabalho. A acção dos técnicos de saúde da empresa teve um impacto efectivo na diminuição do número de horas de ausência por doença natural e consulta médica (gráficos 18 e 19).

Gráfico 17 – Evolução da taxa de absentismo de 2009 a 2013



Quadro 18 – Indicadores de Absentismo

Taxas de Absentismo	2009	2010	2011	2012	2013
Horas Efectivamente Trabalhadas	1.046.864	954.972	945.251	945.400	976.673
Custo Médio Hora	3,92				
Horas Ausência	70977,61	60898,16	61004,84	46409,04	47318,19
Taxa Absentismo	6,78	6,38	6,45	4,91	4,84
Custo Teórico Absentismo	278.232	238.721	239.139	181.923	185.487
Taxa Substituição Absentismo	36,6	31,5	31,5	24,0	24,4

Gráfico 18 – Evolução número de horas de ausência por doença natural

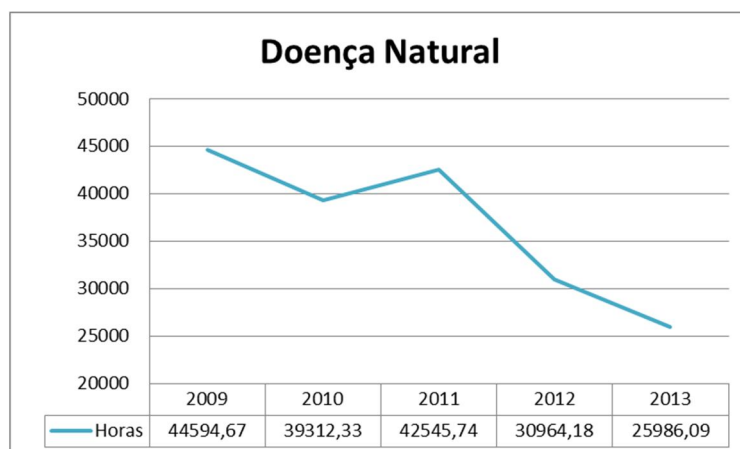
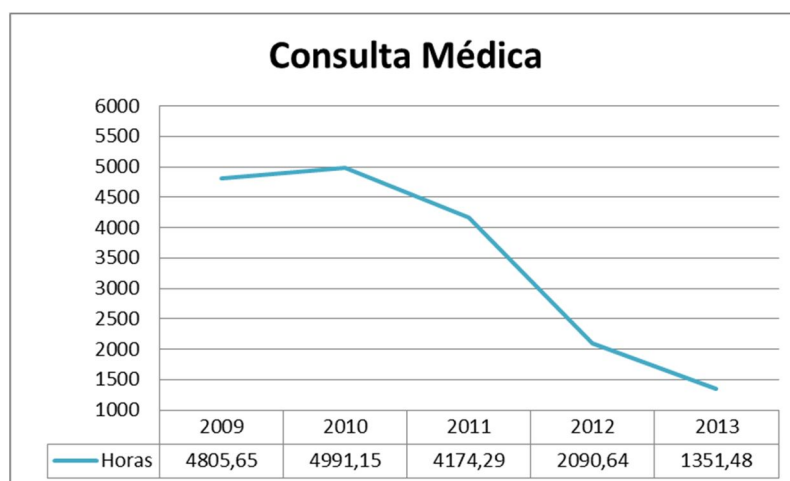


Gráfico 19 - Evolução número de horas de ausência por consulta médica



6.5. Conclusão

As diversas ações da equipa de SST têm vindo a produzir melhorias nos indicadores gerais de saúde dos trabalhadores.

De acordo com o estudo Fiuza [et al] (2008), também são identificados como factores potenciadores de risco cardiovascular a hipertensão arterial e o nível elevado de triglicédeos.

A monitorização dos trabalhadores num âmbito mais alargado do que apenas a aptidão para o exercício da profissão tem um impacto efectivo na diminuição do absentismo por doença natural e consulta médica.

A redução do custo teórico do absentismo, por doença natural e acidentes de trabalho, de 2011 para 2012 foi de 14,52% e de 2,44% de 2012 para 2013. O total de redução do período em análise foi de 16,96%. A redução do custo teórico por motivo de doença natural foi de 30,68%.

7. Conclusões

O presente estudo enquadra-se num projecto que engloba oito empresas de diversos sectores industriais e nas quais se tem monitorizado, desde 2011, todas as variáveis identificadas neste trabalho. Esta iniciativa surgiu perante a necessidade de demonstrar que a SST, além de obrigatória por lei, tem um impacto real na saúde e segurança dos trabalhadores e conseqüentemente no absentismo.

Esta investigação tem algumas limitações, nomeadamente:

- o tempo de registo de dados ainda reduzido, uma vez que a periodicidade dos exames médicos é bienal para a maior parte dos trabalhadores. Esse facto implica que muitos dos indivíduos tenham sido apenas observados uma vez o que dificulta a verificação das tendências nos indicadores considerados sendo, no entanto, já possível verificar melhorias consideráveis na saúde geral dos trabalhadores, nesta e nas outras empresas do projecto;

- os dados obtidos através de determinações analíticas não são realizadas num único laboratório. Embora os laboratórios, em Portugal, estejam sujeitos a processos de certificação e controlo de qualidade o que limita a variabilidade do valor de referência e torna aceitável a comparação dos resultados;

- as medições do perímetro de cintura, da pressão arterial e do peso podem sofrer variações consoante o observador (perímetro de cintura) e os instrumentos utilizados (pressão arterial e peso). Estas variações foram minimizadas procurando efectuar a recolha dos dados pelo mesmo técnico e pela utilização dos mesmos instrumentos de medida. Em relação à comparação com outros estudos que utilizaram as mesmas medições (Fiuza [et al], 2008; Rocha e Conti, 2005) os resultados são semelhantes.

Os resultados obtidos vão na linha dos apresentados por outros estudos realizados sobre a mesma temática. Os homens são, na generalidade, mais hipertensos com excepção do escalão etário dos 36 aos 45 anos. A incidência do risco cardiovascular é superior nos homens, com excepção dos escalões etários acima dos 45 anos, nos quais também se verifica maior incidência de síndrome metabólico nas mulheres (Fiuza [et al], 2008; Rocha e Conti, 2005; Silveira ^{b/d} [et al], 2011). A evidência de que o consumo de álcool piora todos os indicadores gerais de saúde

também é constatada em Silveira [et al] (2011) e Fiuza [et al], (2008). A principal causa do absentismo, identificada nesta empresa, é a doença natural, resultado também encontrado noutros estudos (Ferreira [et al], 2012; Schalk, 2011; Borges [et al], 2011; Mastekaasa e Osthus, 2010; Hamoui [et al], 2005; Gimeno [et al], 2004). Os dois factores mais potenciadores do risco cardiovascular neste estudo são a hipertensão e o nível elevado de triglicéridos, os mesmos factores que Fiuza [et al] (2008) e Ramos (2007) identificam.

A semelhança dos resultados obtidos com os de outros estudos permite, com maior confiança, concluir que a implementação de um programa organizacional de saúde ocupacional, em todas as suas valências tem de ir além dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais. O investimento nesta área, por parte das entidades empregadoras, produz resultados efectivos na redução do absentismo conforme a evidência encontrada neste estudo.

O programa de Segurança e Saúde do Trabalho tem de alargar o seu âmbito de actuação para além das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho, uma vez que a maioria dos dias/horas de absentismo se devem a doença natural. O médico do trabalho, pelo contacto e conhecimento que tem do trabalhador, está numa situação privilegiada para identificar grupos de risco, reduzir as doenças cardiovasculares e exercer uma acção preventiva e correctiva em relação à saúde em geral, mais eficazmente do que o médico de família. Toda a equipa da saúde ocupacional, médico, enfermeiros, técnicos de higiene e segurança, deve promover acções de sensibilização para hábitos de vida saudáveis, dentro e fora das empresas. Um programa efectivo de SST exige o empenho da equipa de medicina do trabalho e das empresas, desde a administração aos trabalhadores, no sentido de criar condições de higiene, segurança, estabilidade e qualidade de vida nos seus locais de trabalho.

Há evidência, nos resultados obtidos, de que as melhorias nos indicadores gerais de saúde, entre 2011 e 2013, permitiram a redução do absentismo total, do custo teórico do absentismo por doença natural, do custo teórico do absentismo por doença ou acidente de trabalho, em 1,61 pontos percentuais, 30,68% e 35.905.88 Euros, respectivamente.

Quanto a futuras investigações, as oito empresas de diferentes sectores de actividade envolvidas no projecto, serão analisadas, dando continuidade a este estudo, até 2015. O registo clínico também inclui a descrição detalhada do posto de trabalho (actual e anteriores), o tempo de permanência no mesmo, os riscos detectados e as medidas de prevenção adoptadas bem como outros marcadores associados ao risco cardiovascular. Estas variáveis não foram incluídas neste estudo mas permitirão a pesquisa noutros âmbitos como por exemplo associações, ainda pouco estudadas, entre os riscos no local de trabalho e indicadores de saúde (exemplo ruído vs obesidade, Silveira^e [et al], 2013).

Referências Bibliográficas

Aaker, David A.; Kumar, V.; Day, George S. (2008), *Marketing Research*, 9Th Ed, John Wiley & Sons, Inc., New York, USA

AEP (Associação Empresarial de Portugal , 2008), “*Caracterização do Sector Têxtil e do Vestuário – Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*”, elaborado por Eurisko – Estudos, Projectos e Consultoria, S.A.

Borges, Sónia; Fernandes, Susana e Pile, Marta Pile (2011), “*Análise do absentismo nos serviços com identificação das principais causas e sugestões de melhoria*”, Área de Estudos e Planeamento, Instituto Superior Técnico, Lisboa

Brooke, Paul P. Jr. (1986), “*Beyond the Steers and Rhodes Model of Employee Attendance*”, *Academy of Management Review*. 1986. Vol. 11. No 2, 345-361

Brooke ^(a), Paul P. Jr. (1989), “*The determinants of employee absenteeism: An empirical test of a causal model*”, *Journal of Occupational Psychology* {1989}, 62. 1-19

Correia, J. (2004), “*Manual de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho para Grávidas, Puérperas e Lactentes*”, www.higieneocupacional.com.br

Cosme, João (2006), “*As Preocupações Higié-Sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e princípio do XX)*”, *Revista da Faculdade de Letras do Porto*, III Série, vol. 7, pp. 181-195

Cunha, Miguel Pina; Rego, Arménio; Gomes, Jorge F. S. ; Cabral-Cardoso, Carlos; Marques, Carlos Alves; Cunha, Rita Campos (2010). *Manual de gestão de pessoas e do capital humano*, 2ª edição, Edições Sílabo

Ferreira, Roberta Carolina; Griep, Rosane Härter; Fonseca, Maria de Jesus Mendes da e Rotenberg, Lúcia (2012), “*Abordagem multifatorial do absentismo por doença em trabalhadoras de enfermagem*”, *Rev. Saúde Pública* [online], vol.46, n.2, pp. 259-268. Epub 24-Fev-2012. ISSN 0034-8910.

-
- Fiuza, Manuela; Cortez-Dias, Nuno; Martins, Susana e Belo, Adriana (2008), “*Síndrome Metabólico em Portugal: Prevalência e Implicações no risco Cardiovascular – Resultados do Estudo Valsim*”, Revista Portuguesa de Cardiologia, nº 27, pp. 1495-1529
- Freitas, Luís Conceição (2011), *Manual de Segurança e Saúde no Trabalho*, 2ª edição, Lisboa, Edições Sílabo
- Gimeno, D.; Benavides, F. G.; Benach, J.; Amick III, B. C. (2004), “*Distribution of sickness absence in the European Union countries*”, *Occup Environ Med*, 61:867- 869. doi: 10.1136/oem.2003.010074, Downloaded from <http://oem.bmj.com> - Published by group.bmj.com
- Graça, L. (2002), “*Absentismo Global e Específico: Alguns Problemas Teórico-Metodológicos*” (Some Theoretical And Methodological Problems Concerning The Study Of Workplace Absenteeism), <Http://Www.Ensp.Unl.Pt/Lgraca/Textos154.Html>
- Graça, L. (2006), “*Políticas integradas de protecção e promoção da saúde e segurança do trabalho nas empresas portuguesas*”, Revista Portuguesa de Saúde pública, Volume temático Nº 6, pp.75-94
- Hamoui, Yamile, Sirit, Yadira e Bellorin, Mónica (2005), “*Work absence among administrative workers at a public Venezuelan university*”, *Salud de los Trabajadores*, Vol. 13, nº 2, Jul-Dec, 2005
- Hill, Manuela M. e Hill, Andrew (2007), *Investigação por Questionário*, 2ª edição, Edições Sílabo, Lisboa
- Maroco, João (2007), *Análise Estatística – com utilização do SPSS*, 3ª edição, Edições Sílabo, Lisboa
- Mastekaasa, Arne e Østhus, Ståle, (2010), “*The impact of downsizing on remaining workers sickness absence*”, *Social Science & Medicine*, 71, p.p. 1455-1462
- Miguel, Alberto Sérgio S. R. (2012), *Manual de Higiene e Segurança do Trabalho*, 12ª edição, Porto Editora

Pestana, Maria Helena e Gageiro, João Nunes (2005), *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*, 4ª edição, Edições Sílabo, Lisboa

Ramos, Elisabete (2007), “*Cardiovascular Risk Factors in Adolescence*”, *Arquivos de Medicina*, nº 21(1), pp. 25-35, ISSN 0871-3413

Rocha, Rodolfo de Souza e Conti, Ricardo Augusto Slaibi (2005), “*Cardiovascular risk: an approach from an enterprise perspective*”, *Rev. Bras. Med. Trabalho*, Belo Horizonte, vol. 3, nº 1, pp. 10-21

Schalk, R. (2011), “*The influence of organizational commitment and health on sickness absenteeism: a longitudinal study*”, *Journal of Nursing Management* 19, 596–600

Silveira, F. (2012), “*Relatório Final de Actividades*”, Ordem dos Médicos, Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho, Porto

Silveira^a, Fernando; Alferes, Paula e Pereira, J.M. Rodrigues (2011), “*Síndrome Metabólico: Comparação entre os critérios IDF e NCEP ATP III*”, comunicação em poster no 19º Congresso de Aterosclerose, Évora, 21 a 23 de Outubro de 2011

Silveira^b, Fernando; Alferes, Paula e Pereira, J.M. Rodrigues (2011), “*Síndrome Metabólico em Medicina Ocupacional – critério NCEP ATP III*”, comunicação em poster no 19º Congresso de Aterosclerose, Évora, 21 a 23 de Outubro de 2011

Silveira^c, Fernando; Alferes, Paula; Almeida, Raquel G.; Sousa, André A. e Pereira, J.M. Rodrigues (2011), “*Factores de Risco Cardiovascular em Medicina Ocupacional*”, *Revista Portuguesa de Cirurgia*, Suplemento Novembro 2011, p. 51

Silveira^d, Fernando; Alferes, Paula e Pereira, J.M. Rodrigues (2011), “*Síndrome Metabólico em Medicina Ocupacional – critério IDF*”, *Revista Portuguesa de Cirurgia*, Suplemento Novembro 2011, p. 53

Silveira^e, Fernando; Alferes, Paula; Miranda, Luísa; Abreu, Joana; Sousa, André e Ribeiro, Filipe (2013), “*Ruído e Obesidade, uma relação perigosa?*”, *Revista Portuguesa de Cirurgia*, Suplemento Novembro 2013, p. 52

Steers, Richard M. e Rhodes, Susan R. (1978), "*Major Influences on Employee Attendance: A Process Model*", Journal of Applied Psychology, 1978, Vol.63 (4), p.391-407

The Australasian Faculty of Occupational Medicine (1999), "*Workplace attendance and absenteeism*", Royal Australasian College of Physicians, ISBN No. 0 9586157 2 1

TABELAS OUTPUT SPSS

Tabela 1- Trabalhadores: distribuição por sexo

		Género			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	F	257	42,9	42,9	42,9
	M	342	57,1	57,1	100,0
	Total	599	100,0	100,0	

Tabela 2 – Distribuição por escalão etário

		Escalões Etários			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<=25	35	5,8	5,9	5,9
	26-35	104	17,4	17,4	23,3
	36-45	225	37,6	37,7	61,0
	46-55	182	30,4	30,5	91,5
	56-65	50	8,3	8,4	99,8
	>65	1	,2	,2	100,0
	Total	597	99,7	100,0	
Missing	System	2	,3		
Total		599	100,0		

Tabela 3 – Distribuição por ciclo de estudos

		Habilitações Literárias			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		21	3,5	3,5	3,5
	1º Ciclo	204	34,1	34,1	37,6
	2º Ciclo	135	22,5	22,5	60,1
	3º Ciclo	138	23,0	23,0	83,1
	Ensino Secundário	72	12,0	12,0	95,2
	Ensino Superior	29	4,8	4,8	100,0
	Total	599	100,0	100,0	

Tabela 4 – Incidência de excesso de peso: gênero vs obesidade

Escalões Etários * Esc_IMC Crosstabulation - Mulheres

Tabela 4 – 1/2			Esc_IMC			Total
			Peso Normal	Excesso de Peso	Obesidade	
Escalões Etários <=25	Count	5	1	0	6	
	% within Escalões Etários	83,3%	16,7%	,0%	100,0%	
	% within Esc_IMC	4,1%	1,2%	,0%	2,4%	
26-35	Count	27	6	4	37	
	% within Escalões Etários	73,0%	16,2%	10,8%	100,0%	
	% within Esc_IMC	22,3%	7,3%	8,2%	14,7%	
36-45	Count	56	47	23	126	
	% within Escalões Etários	44,4%	37,3%	18,3%	100,0%	
	% within Esc_IMC	46,3%	57,3%	46,9%	50,0%	
46-55	Count	30	21	20	71	
	% within Escalões Etários	42,3%	29,6%	28,2%	100,0%	
	% within Esc_IMC	24,8%	25,6%	40,8%	28,2%	
56-65	Count	3	7	2	12	
	% within Escalões Etários	25,0%	58,3%	16,7%	100,0%	
	% within Esc_IMC	2,5%	8,5%	4,1%	4,8%	
Total	Count	121	82	49	252	
	% within Escalões Etários	48,0%	32,5%	19,4%	100,0%	
	% within Esc_IMC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Escalões Etários * Esc_IMC Crosstabulation - Homens

Tabela 4 – 2/2			Esc_IMC				Total
			Peso Normal	Baixo Peso	Excesso de Peso	Obesidade	
Escalões Etários <=25	Count	18	1	7	2	28	
	% within Escalões Etários	64,3%	3,6%	25,0%	7,1%	100,0%	
	% within Esc_IMC	12,8%	100,0%	4,6%	6,5%	8,6%	
26-35	Count	36	0	21	5	62	
	% within Escalões Etários	58,1%	,0%	33,9%	8,1%	100,0%	
	% within Esc_IMC	25,5%	,0%	13,7%	16,1%	19,0%	
36-45	Count	35	0	47	13	95	
	% within Escalões Etários	36,8%	,0%	49,5%	13,7%	100,0%	
	% within Esc_IMC	24,8%	,0%	30,7%	41,9%	29,1%	
46-55	Count	34	0	63	6	103	
	% within Escalões Etários	33,0%	,0%	61,2%	5,8%	100,0%	
	% within Esc_IMC	24,1%	,0%	41,2%	19,4%	31,6%	
56-65	Count	18	0	14	5	37	
	% within Escalões Etários	48,6%	,0%	37,8%	13,5%	100,0%	
	% within Esc_IMC	12,8%	,0%	9,2%	16,1%	11,3%	
>65	Count	0	0	1	0	1	
	% within Escalões Etários	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
	% within Esc_IMC	,0%	,0%	,7%	,0%	,3%	
Total	Count	141	1	153	31	326	
	% within Escalões Etários	43,3%	,3%	46,9%	9,5%	100,0%	
	% within Esc_IMC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 5 – Risco cardiovascular por género
Género * Factor de Risco CV Crosstabulation

			Factor de Risco CV			Total
			Baixo Risco	Risco Moderado	Alto Risco	
Género	F	Count	139	65	34	238
		% within Género	58,4%	27,3%	14,3%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	47,3%	38,0%	42,5%	43,7%
M	M	Count	155	106	46	307
		% within Género	50,5%	34,5%	15,0%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	52,7%	62,0%	57,5%	56,3%
Total	Total	Count	294	171	80	545
		% within Género	53,9%	31,4%	14,7%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 6 – Síndrome Metabólico por género

Género * SM Crosstabulation

			SM		Total
				SIM	
Género	F	Count	176	79	255
		% within Género	69,0%	31,0%	100,0%
		% within SM	41,6%	49,4%	43,7%
M	M	Count	247	81	328
		% within Género	75,3%	24,7%	100,0%
		% within SM	58,4%	50,6%	56,3%
Total	Total	Count	423	160	583
		% within Género	72,6%	27,4%	100,0%
		% within SM	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 7 – Risco cardiovascular: escalão etário vs género

Escalões Etários * Factor de Risco CV Crosstabulation - Mulheres

Tabela 7 – 1/2			Factor de Risco CV			Total
			Baixo Risco	Risco Moderado	Alto Risco	
Escalões Etários	<=25	Count	5	1	0	6
		% within Escalões Etários	83,3%	16,7%	,0%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	3,6%	1,5%	,0%	2,5%
26-35	26-35	Count	24	7	3	34
		% within Escalões Etários	70,6%	20,6%	8,8%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	17,3%	10,8%	8,8%	14,3%
36-45	36-45	Count	74	25	15	114
		% within Escalões Etários	64,9%	21,9%	13,2%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	53,2%	38,5%	44,1%	47,9%
46-55	46-55	Count	33	26	13	72
		% within Escalões Etários	45,8%	36,1%	18,1%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	23,7%	40,0%	38,2%	30,3%
56-65	56-65	Count	3	6	3	12
		% within Escalões Etários	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	2,2%	9,2%	8,8%	5,0%
Total	Total	Count	139	65	34	238
		% within Escalões Etários	58,4%	27,3%	14,3%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Escalões Etários * Factor de Risco CV Crosstabulation - Homens

Tabela 7 – 2/2			Factor de Risco CV			Total
			Baixo Risco	Risco Moderado	Alto Risco	
Escalões Etários	<=25	Count	18	6	0	24
		% within Escalões Etários	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	11,8%	5,7%	,0%	7,9%
26-35	26-35	Count	37	11	6	54
		% within Escalões Etários	68,5%	20,4%	11,1%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	24,2%	10,4%	13,0%	17,7%
36-45	36-45	Count	47	30	10	87
		% within Escalões Etários	54,0%	34,5%	11,5%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	30,7%	28,3%	21,7%	28,5%
46-55	46-55	Count	40	43	21	104
		% within Escalões Etários	38,5%	41,3%	20,2%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	26,1%	40,6%	45,7%	34,1%
56-65	56-65	Count	11	15	9	35
		% within Escalões Etários	31,4%	42,9%	25,7%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	7,2%	14,2%	19,6%	11,5%
>65	>65	Count	0	1	0	1
		% within Escalões Etários	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	,0%	,9%	,0%	,3%
Total	Total	Count	153	106	46	305
		% within Escalões Etários	50,2%	34,8%	15,1%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 8 – Síndrome Metabólico: gênero vs escalão etário

Escalões Etários * SM Crosstabulation - Mulheres

Tabela 8 -1/2			SM		Total
				SIM	
Escalões Etários	<=25	Count	6	0	6
		% within Escalões Etários	100,0%	,0%	100,0%
		% within SM	3,4%	,0%	2,4%
26-35	26-35	Count	33	5	38
		% within Escalões Etários	86,8%	13,2%	100,0%
		% within SM	18,8%	6,3%	14,9%
36-45	36-45	Count	91	36	127
		% within Escalões Etários	71,7%	28,3%	100,0%
		% within SM	51,7%	45,6%	49,8%
46-55	46-55	Count	42	30	72
		% within Escalões Etários	58,3%	41,7%	100,0%
		% within SM	23,9%	38,0%	28,2%
56-65	56-65	Count	4	8	12
		% within Escalões Etários	33,3%	66,7%	100,0%
		% within SM	2,3%	10,1%	4,7%
Total	Total	Count	176	79	255
		% within Escalões Etários	69,0%	31,0%	100,0%
		% within SM	100,0%	100,0%	100,0%

Escalões Etários * SM Crosstabulation- Homens

Tabela 8 – 2/2			SM		Total
				SIM	
Escalões Etários	<=25	Count	27	1	28
		% within Escalões Etários	96,4%	3,6%	100,0%
		% within SM	11,0%	1,2%	8,6%
26-35	26-35	Count	57	5	62
		% within Escalões Etários	91,9%	8,1%	100,0%
		% within SM	23,2%	6,2%	19,0%
36-45	36-45	Count	72	23	95
		% within Escalões Etários	75,8%	24,2%	100,0%
		% within SM	29,3%	28,4%	29,1%
46-55	46-55	Count	71	33	104
		% within Escalões Etários	68,3%	31,7%	100,0%
		% within SM	28,9%	40,7%	31,8%
56-65	56-65	Count	19	18	37
		% within Escalões Etários	51,4%	48,6%	100,0%
		% within SM	7,7%	22,2%	11,3%
>65	>65	Count	0	1	1
		% within Escalões Etários	,0%	100,0%	100,0%
		% within SM	,0%	1,2%	,3%
Total	Total	Count	246	81	327
		% within Escalões Etários	75,2%	24,8%	100,0%
		% within SM	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 9 - Indicadores de saúde geral por género - 2013

Género * Hipertensos Crosstabulation - 2013

Tabela 9 – 1/4			Hipertensos		Total
			PA Normal	Hipertenso	
Género	F	Count	142	112	254
		% within Género	55,9%	44,1%	100,0%
		% within Hipertensos	46,0%	41,0%	43,6%
M	M	Count	167	161	328
		% within Género	50,9%	49,1%	100,0%
		% within Hipertensos	54,0%	59,0%	56,4%
Total	Total	Count	309	273	582
		% within Género	53,1%	46,9%	100,0%
		% within Hipertensos	100,0%	100,0%	100,0%

Género * Factor de Risco CV Crosstabulation - 2013

Tabela 9 – 2/4			Factor de Risco CV			Total
			Baixo Risco	Risco Moderado	Alto Risco	
Género	F	Count	139	65	34	238
		% within Género	58,4%	27,3%	14,3%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	47,3%	38,0%	42,5%	43,7%
M	M	Count	155	106	46	307
		% within Género	50,5%	34,5%	15,0%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	52,7%	62,0%	57,5%	56,3%
Total	Total	Count	294	171	80	545
		% within Género	53,9%	31,4%	14,7%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Género * SM Crosstabulation - 2013

Tabela 9 – 3/4			SM		Total
				SIM	
Género	F	Count	176	79	255
		% within Género	69,0%	31,0%	100,0%
		% within SM	41,5%	49,4%	43,7%
M	M	Count	248	81	329
		% within Género	75,4%	24,6%	100,0%
		% within SM	58,5%	50,6%	56,3%
Total	Total	Count	424	160	584
		% within Género	72,6%	27,4%	100,0%
		% within SM	100,0%	100,0%	100,0%

Género * Esc_IMC Crosstabulation - 2013

Tabela 9 – 4/4			Esc_IMC				Total
			Peso Normal	Baixo Peso	Excesso de Peso	Obesidade	
Género	F	Count	121	0	82	49	252
		% within Género	48,0%	,0%	32,5%	19,4%	100,0%
		% within Esc_IMC	46,2%	,0%	34,9%	60,5%	43,5%
	M	Count	141	1	153	32	327
		% within Género	43,1%	,3%	46,8%	9,8%	100,0%
		% within Esc_IMC	53,8%	100,0%	65,1%	39,5%	56,5%
Total	Count	262	1	235	81	579	
	% within Género	45,3%	,2%	40,6%	14,0%	100,0%	
	% within Esc_IMC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 10 – Indicadores de saúde geral por género 2012

Género * Hipertensos Crosstabulation- 2012

Tabela 10 – 1/4			Hipertensos		Total
			PA Normal	Hipertenso	
Género	F	Count	128	114	242
		% within Género	52,9%	47,1%	100,0%
		% within Hipertensos	50,4%	42,9%	46,5%
	M	Count	126	152	278
		% within Género	45,3%	54,7%	100,0%
		% within Hipertensos	49,6%	57,1%	53,5%
Total	Count	254	266	520	
	% within Género	48,8%	51,2%	100,0%	
	% within Hipertensos	100,0%	100,0%	100,0%	

Género * SM Crosstabulation-2012

Tabela 10 – 2/4			SM		Total
				SIM	
Género	F	Count	167	75	242
		% within Género	69,0%	31,0%	100,0%
		% within SM	45,6%	48,7%	46,5%
	M	Count	199	79	278
		% within Género	71,6%	28,4%	100,0%
		% within SM	54,4%	51,3%	53,5%
Total	Count	366	154	520	
	% within Género	70,4%	29,6%	100,0%	
	% within SM	100,0%	100,0%	100,0%	

Género * Esc_IMC Crosstabulation - 2012

Tabela 10 – 3/4			Esc_IMC			Total
			Peso Normal	Excesso de Peso	Obesidade	
Género	F	Count	117	72	52	241
		% within Género	48,5%	29,9%	21,6%	100,0%
		% within Esc_IMC	51,5%	34,3%	62,7%	46,3%
M	Count	110	138	31	279	
	% within Género	39,4%	49,5%	11,1%	100,0%	
	% within Esc_IMC	48,5%	65,7%	37,3%	53,7%	
Total	Count	227	210	83	520	
	% within Género	43,7%	40,4%	16,0%	100,0%	
	% within Esc_IMC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Género * Factor de Risco CV Crosstabulation-2012

Tabela 10 – 4/4			Factor de Risco CV			Total
			Baixo Risco	Risco Moderado	Alto Risco	
Género	F	Count	138	63	27	228
		% within Género	60,5%	27,6%	11,8%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	53,3%	40,6%	39,1%	47,2%
M	Count	121	92	42	255	
	% within Género	47,5%	36,1%	16,5%	100,0%	
	% within Factor de Risco CV	46,7%	59,4%	60,9%	52,8%	
Total	Count	259	155	69	483	
	% within Género	53,6%	32,1%	14,3%	100,0%	
	% within Factor de Risco CV	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 11 – Indicadores de saúde geral por género 2011

Género * Esc_IMC Crosstabulation - 2011

Tabela 11 – 1/4			Esc_IMC			Total
			Peso Normal	Excesso de Peso	Obesidade	
Género	F	Count	32	32	22	86
		% within Género	37,2%	37,2%	25,6%	100,0%
		% within Esc_IMC	45,7%	45,7%	73,3%	50,6%
M	Count	38	38	8	84	
	% within Género	45,2%	45,2%	9,5%	100,0%	
	% within Esc_IMC	54,3%	54,3%	26,7%	49,4%	
Total	Count	70	70	30	170	
	% within Género	41,2%	41,2%	17,6%	100,0%	
	% within Esc_IMC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Género * Factor de Risco CV Crosstabulation - 2011

Tabela 11 – 2/4			Factor de Risco CV			Total
			Baixo Risco	Risco Moderado	Alto Risco	
Género	F	Count	38	22	9	69
		% within Género	55,1%	31,9%	13,0%	100,0%
		% within Factor de Risco CV	59,4%	71,0%	47,4%	60,5%
M	Count	26	9	10	45	
	% within Género	57,8%	20,0%	22,2%	100,0%	
	% within Factor de Risco CV	40,6%	29,0%	52,6%	39,5%	
Total	Count	64	31	19	114	
	% within Género	56,1%	27,2%	16,7%	100,0%	
	% within Factor de Risco CV	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Género * SM Crosstabulation - 2011

Tabela 11 – 3/4			SM		Total
				SIM	
Género	F	Count	57	30	87
		% within Género	65,5%	34,5%	100,0%
		% within SM	44,9%	68,2%	50,9%
M	Count	70	14	84	
	% within Género	83,3%	16,7%	100,0%	
	% within SM	55,1%	31,8%	49,1%	
Total	Count	127	44	171	
	% within Género	74,3%	25,7%	100,0%	
	% within SM	100,0%	100,0%	100,0%	

Género * Hipertensos Crosstabulation - 2011

Tabela 11 – 4/4			Hipertensos		Total
			PA Normal	Hipertenso	
Género	F	Count	53	34	87
		% within Género	60,9%	39,1%	100,0%
		% within Hipertensos	50,0%	52,3%	50,9%
M	Count	53	31	84	
	% within Género	63,1%	36,9%	100,0%	
	% within Hipertensos	50,0%	47,7%	49,1%	
Total	Count	106	65	171	
	% within Género	62,0%	38,0%	100,0%	
	% within Hipertensos	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 12 Relações Lineares

Tabela 12 – 1/5

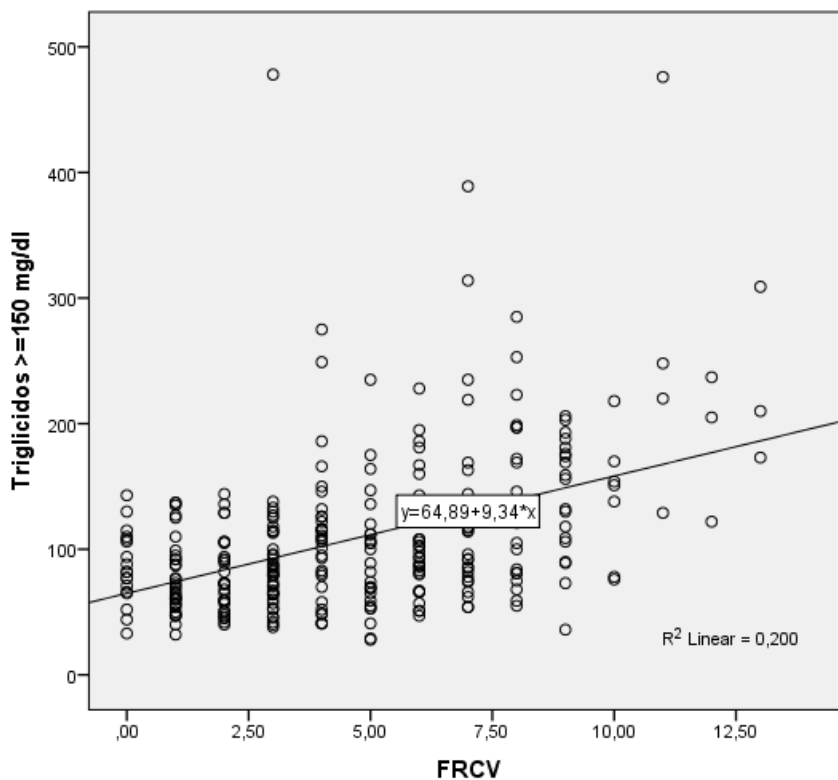


Tabela 12 – 2/5

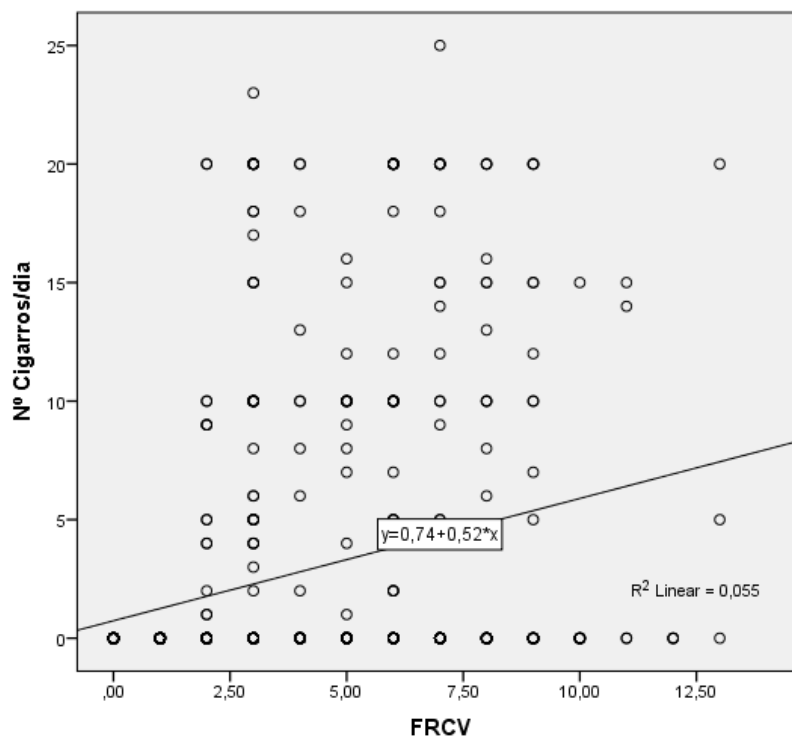


Tabela 12 – 3/5

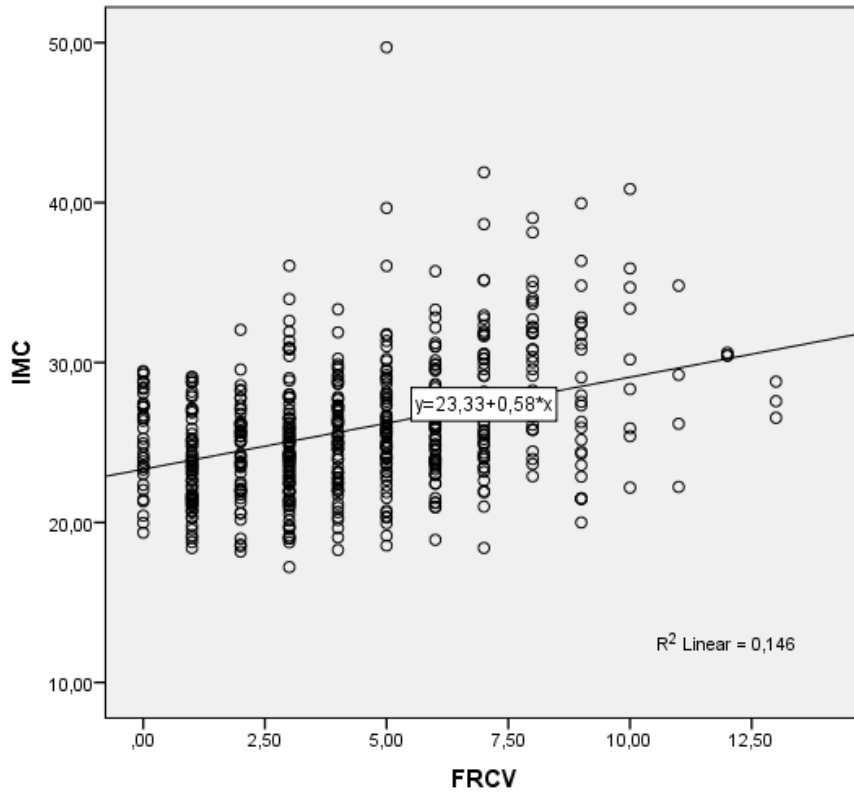


Tabela 12 – 4/5

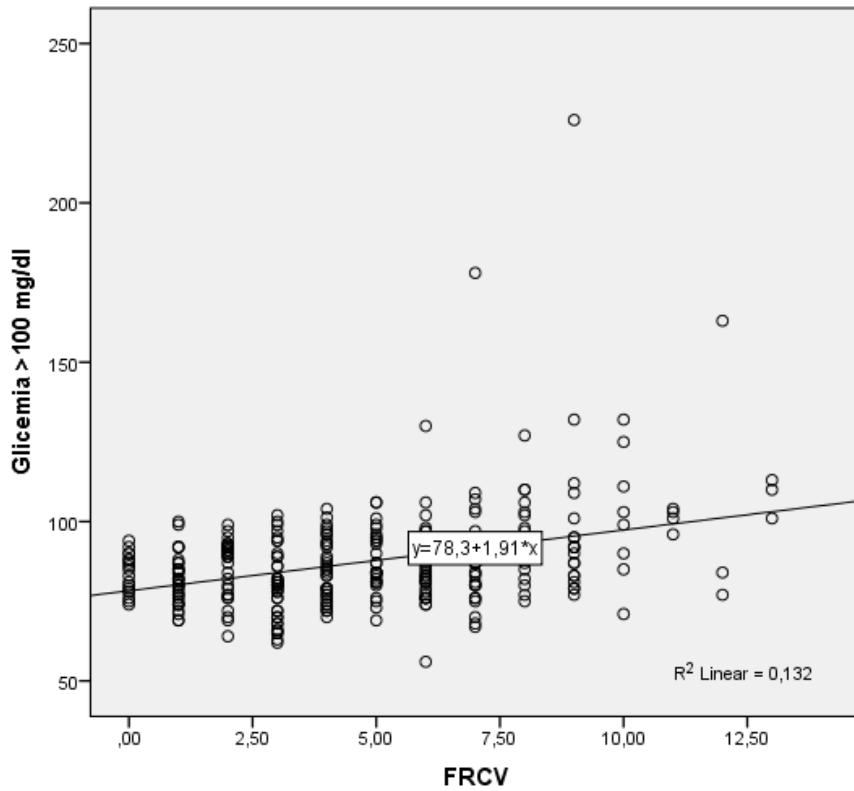


Tabela 12 – 5/5

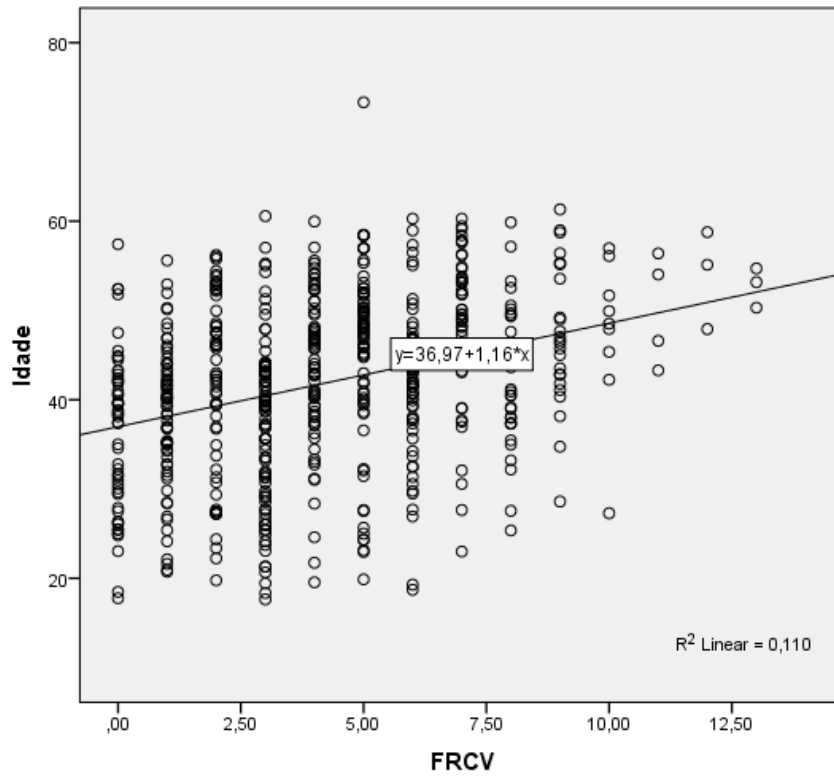


Tabela 13 – Indicadores saúde geral dos trabalhadores por escalão etário - 2013

- 2013

Tabela 13 – 1/4			Escalões Etários						Total
			<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	
Hipertensos	PA Normal	Count	24	66	124	78	16	0	308
		% within Hipertensos	7,8%	21,4%	40,3%	25,3%	5,2%	,0%	100,0%
		% within Escalões Etários	70,6%	66,0%	56,1%	44,3%	32,7%	,0%	53,0%
	Hipertenso	Count	10	34	97	98	33	1	273
		% within Hipertensos	3,7%	12,5%	35,5%	35,9%	12,1%	,4%	100,0%
		% within Escalões Etários	29,4%	34,0%	43,9%	55,7%	67,3%	100,0%	47,0%
Total	Count	34	100	221	176	49	1	581	
	% within Hipertensos	5,9%	17,2%	38,0%	30,3%	8,4%	,2%	100,0%	
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

- 2013

Tabela 13 – 2/4		Escalões Etários						Total
		<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	
SM	Count	33	90	163	113	23	0	422
	% within SM	7,8%	21,3%	38,6%	26,8%	5,5%	,0%	100,0%
	% within Escalões Etários	97,1%	90,0%	73,4%	64,2%	46,9%	,0%	72,5%
SIM	Count	1	10	59	63	26	1	160
	% within SM	,6%	6,3%	36,9%	39,4%	16,3%	,6%	100,0%
	% within Escalões Etários	2,9%	10,0%	26,6%	35,8%	53,1%	100,0%	27,5%
Total	Count	34	100	222	176	49	1	582
	% within SM	5,8%	17,2%	38,1%	30,2%	8,4%	,2%	100,0%
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Factor de Risco CV * Escalões Etários Crosstabulation - 2013

Tabela 13 – 3/4			Escalões Etários						Total
			<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	
Factor de Risco CV	Baixo Risco	Count	23	61	121	73	14	0	292
		% within Factor de Risco CV	7,9%	20,9%	41,4%	25,0%	4,8%	,0%	100,0%
		% within Escalões Etários	76,7%	69,3%	60,2%	41,5%	29,8%	,0%	53,8%
	Risco Moderado	Count	7	18	55	69	21	1	171
		% within Factor de Risco CV	4,1%	10,5%	32,2%	40,4%	12,3%	,6%	100,0%
		% within Escalões Etários	23,3%	20,5%	27,4%	39,2%	44,7%	100,0%	31,5%
	Alto Risco	Count	0	9	25	34	12	0	80
		% within Factor de Risco CV	,0%	11,3%	31,3%	42,5%	15,0%	,0%	100,0%
		% within Escalões Etários	,0%	10,2%	12,4%	19,3%	25,5%	,0%	14,7%
Total	Count	30	88	201	176	47	1	543	
	% within Factor de Risco CV	5,5%	16,2%	37,0%	32,4%	8,7%	,2%	100,0%	
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Esc_IMC * Escalões Etários Crosstabulation - 2013

Tabela 13 – 4/4			Escalões Etários						Total
			<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	
Esc_IMC	Peso Normal	Count	23	63	91	64	21	0	262
		% within Esc_IMC	8,8%	24,0%	34,7%	24,4%	8,0%	,0%	100,0%
		% within Escalões Etários	67,6%	63,6%	41,2%	36,8%	42,9%	,0%	45,3%
	Baixo Peso	Count	1	0	0	0	0	0	1
		% within Esc_IMC	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% within Escalões Etários	2,9%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,2%
	Excesso de Peso	Count	8	27	94	84	21	1	235
		% within Esc_IMC	3,4%	11,5%	40,0%	35,7%	8,9%	,4%	100,0%
		% within Escalões Etários	23,5%	27,3%	42,5%	48,3%	42,9%	100,0%	40,7%
	Obesidade	Count	2	9	36	26	7	0	80
		% within Esc_IMC	2,5%	11,3%	45,0%	32,5%	8,8%	,0%	100,0%
		% within Escalões Etários	5,9%	9,1%	16,3%	14,9%	14,3%	,0%	13,8%
Total	Count	34	99	221	174	49	1	578	
	% within Esc_IMC	5,9%	17,1%	38,2%	30,1%	8,5%	,2%	100,0%	
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 14 – Indicadores de saúde geral por escalão etário – 2012

Esc_IMC * Escalões Etários Crosstabulation - 2012

Tabela 14 – 1/4			Escalões Etários						Total
			<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	
Esc_IMC	Peso Normal	Count	11	61	79	58	18	0	227
		% within Esc_IMC	4,8%	26,9%	34,8%	25,6%	7,9%	,0%	100,0%
		% within Escalões Etários	61,1%	64,2%	39,1%	35,2%	46,2%	,0%	43,7%
	Excesso de Peso	Count	5	25	83	81	16	0	210
		% within Esc_IMC	2,4%	11,9%	39,5%	38,6%	7,6%	,0%	100,0%
		% within Escalões Etários	27,8%	26,3%	41,1%	49,1%	41,0%	,0%	40,4%
	Obesidade	Count	2	9	40	26	5	1	83
		% within Esc_IMC	2,4%	10,8%	48,2%	31,3%	6,0%	1,2%	100,0%
		% within Escalões Etários	11,1%	9,5%	19,8%	15,8%	12,8%	100,0%	16,0%
Total	Count	18	95	202	165	39	1	520	
	% within Esc_IMC	3,5%	18,3%	38,8%	31,7%	7,5%	,2%	100,0%	
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Hipertensos * Escalões Etários Crosstabulation - 2012

Tabela 14 – 2/4			Escalões Etários						Total
			<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	
Hipertensos	PA Normal	Count	12	63	105	64	10	0	254
		% within Hipertensos	4,7%	24,8%	41,3%	25,2%	3,9%	,0%	100,0%
		% within Escalões Etários	66,7%	67,0%	52,0%	38,6%	25,6%	,0%	48,8%
	Hipertenso	Count	6	31	97	102	29	1	266
		% within Hipertensos	2,3%	11,7%	36,5%	38,3%	10,9%	,4%	100,0%
		% within Escalões Etários	33,3%	33,0%	48,0%	61,4%	74,4%	100,0%	51,2%
Total	Count	18	94	202	166	39	1	520	
	% within Hipertensos	3,5%	18,1%	38,8%	31,9%	7,5%	,2%	100,0%	
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

SM * Escalões Etários Crosstabulation

Tabela 14 – 3/4		Escalões Etários						Total
		<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	
SM	Count	18	84	141	105	18	0	366
	% within SM	4,9%	23,0%	38,5%	28,7%	4,9%	,0%	100,0%
	% within Escalões Etários	100,0%	89,4%	69,8%	63,3%	46,2%	,0%	70,4%
SIM	Count	0	10	61	61	21	1	154
	% within SM	,0%	6,5%	39,6%	39,6%	13,6%	,6%	100,0%
	% within Escalões Etários	,0%	10,6%	30,2%	36,7%	53,8%	100,0%	29,6%
Total	Count	18	94	202	166	39	1	520
	% within SM	3,5%	18,1%	38,8%	31,9%	7,5%	,2%	100,0%
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Factor de Risco CV * Escalões Etários Crosstabulation - 2012

Tabela 14 – 4/4			Escalões Etários					Total
			<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	
Factor de Risco CV	Baixo Risco	Count	13	60	105	69	12	259
		% within Factor de Risco CV	5,0%	23,2%	40,5%	26,6%	4,6%	100,0%
		% within Escalões Etários	72,2%	75,0%	56,1%	43,1%	31,6%	53,6%
	Risco Moderado	Count	4	15	59	61	16	155
		% within Factor de Risco CV	2,6%	9,7%	38,1%	39,4%	10,3%	100,0%
		% within Escalões Etários	22,2%	18,8%	31,6%	38,1%	42,1%	32,1%
	Alto Risco	Count	1	5	23	30	10	69
		% within Factor de Risco CV	1,4%	7,2%	33,3%	43,5%	14,5%	100,0%
		% within Escalões Etários	5,6%	6,3%	12,3%	18,8%	26,3%	14,3%
Total	Count	18	80	187	160	38	483	
	% within Factor de Risco CV	3,7%	16,6%	38,7%	33,1%	7,9%	100,0%	
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 15 – Indicadores de saúde geral por escalão etário – 2011

Factor de Risco CV * Escalões Etários Crosstabulation - 2011

Tabela 15 – 1/4			Escalões Etários					Total
			<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	
Factor de Risco CV	Baixo Risco	Count	5	13	24	19	3	64
		% within Factor de Risco CV	7,8%	20,3%	37,5%	29,7%	4,7%	100,0%
		% within Escalões Etários	83,3%	65,0%	52,2%	52,8%	50,0%	56,1%
	Risco Moderado	Count	1	3	14	10	3	31
		% within Factor de Risco CV	3,2%	9,7%	45,2%	32,3%	9,7%	100,0%
		% within Escalões Etários	16,7%	15,0%	30,4%	27,8%	50,0%	27,2%
	Alto Risco	Count	0	4	8	7	0	19
		% within Factor de Risco CV	,0%	21,1%	42,1%	36,8%	,0%	100,0%
		% within Escalões Etários	,0%	20,0%	17,4%	19,4%	,0%	16,7%
Total	Count	6	20	46	36	6	114	
	% within Factor de Risco CV	5,3%	17,5%	40,4%	31,6%	5,3%	100,0%	
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

SM * Escalões Etários Crosstabulation - 2011

Tabela 15 – 2/4		Escalões Etários					Total
		<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	
SM	Count	9	21	46	41	10	127
	% within SM	7,1%	16,5%	36,2%	32,3%	7,9%	100,0%
	% within Escalões Etários	100,0%	87,5%	63,0%	77,4%	83,3%	74,3%
SIM	Count	0	3	27	12	2	44
	% within SM	,0%	6,8%	61,4%	27,3%	4,5%	100,0%
	% within Escalões Etários	,0%	12,5%	37,0%	22,6%	16,7%	25,7%
Total	Count	9	24	73	53	12	171
	% within SM	5,3%	14,0%	42,7%	31,0%	7,0%	100,0%
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2011

Tabela 15 – 3/4			Escalões Etários					Total
			<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	
Esc_IMC	Peso Normal	Count	3	17	24	20	6	70
		% within Esc_IMC	4,3%	24,3%	34,3%	28,6%	8,6%	100,0%
		% within Escalões Etários	33,3%	68,0%	33,8%	37,7%	50,0%	41,2%
	Excesso de Peso	Count	5	5	28	27	5	70
		% within Esc_IMC	7,1%	7,1%	40,0%	38,6%	7,1%	100,0%
		% within Escalões Etários	55,6%	20,0%	39,4%	50,9%	41,7%	41,2%
	Obesidade	Count	1	3	19	6	1	30
		% within Esc_IMC	3,3%	10,0%	63,3%	20,0%	3,3%	100,0%
		% within Escalões Etários	11,1%	12,0%	26,8%	11,3%	8,3%	17,6%
Total		Count	9	25	71	53	12	170
		% within Esc_IMC	5,3%	14,7%	41,8%	31,2%	7,1%	100,0%
		% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

- 2011

Tabela 15 – 4/4			Escalões Etários					Total
			<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	
Hipertensos	PA Normal	Count	8	17	42	31	8	106
		% within Hipertensos	7,5%	16,0%	39,6%	29,2%	7,5%	100,0%
		% within Escalões Etários	88,9%	70,8%	57,5%	58,5%	66,7%	62,0%
	Hipertenso	Count	1	7	31	22	4	65
		% within Hipertensos	1,5%	10,8%	47,7%	33,8%	6,2%	100,0%
		% within Escalões Etários	11,1%	29,2%	42,5%	41,5%	33,3%	38,0%
Total	Count	9	24	73	53	12	171	
	% within Hipertensos	5,3%	14,0%	42,7%	31,0%	7,0%	100,0%	
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 16 – Correlações: factores de risco

Correlations													
		Idade	Nº Cigarros/dia	Alcool Cl/dia	Nº cafés/dia	IMC	Pressao Arterial MX	Pressão Arterial MN	Glicemia >100 mg/dl	Triglicidos >=150 mg/dl	Colesterol Total >=200 mg/dl	Perímetro Cintura (cm)	HDL
Idade	Pearson Correlation	1	-,062	,331	-,010	,175	,251	,246	,244	,048	,149	,229	,215
	Sig. (2-tailed)		,139	,000	,806	,000	,000	,000	,000	,420	,010	,000	,000
	N	582	578	578	578	582	582	581	298	288	296	582	582
Nº Cigarros/dia	Pearson Correlation	-,062	1	,158	,339	-,115	-,014	-,054	-,043	,141	,118	-,065	-,173
	Sig. (2-tailed)	,139		,000	,000	,006	,733	,198	,461	,016	,043	,121	,000
	N	578	579	579	579	579	579	578	299	289	297	579	579
Alcool Cl/dia	Pearson Correlation	,331	,158	1	,057	,134	,257	,227	,239	,242	,176	,240	-,086
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,168	,001	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,039
	N	578	579	579	579	579	579	578	299	289	297	579	579
Nº cafés/dia	Pearson Correlation	-,010	,339	,057	1	,019	-,001	,040	,027	-,010	,013	,031	-,043
	Sig. (2-tailed)	,806	,000	,168		,647	,989	,334	,648	,864	,826	,451	,305
	N	578	579	579	579	579	579	578	299	289	297	579	579
IMC	Pearson Correlation	,175	-,115	,134	,019	1	,358	,373	,146	,181	,008	,814	,111
	Sig. (2-tailed)	,000	,006	,001	,647		,000	,000	,011	,002	,897	,000	,007
	N	582	579	579	579	583	583	582	299	289	297	583	583
Pressao Arterial MX	Pearson Correlation	,251	-,014	,257	-,001	,358	1	,739	,189	,265	,100	,348	-,039
	Sig. (2-tailed)	,000	,733	,000	,989	,000		,000	,001	,000	,085	,000	,345
	N	582	579	579	579	583	583	582	299	289	297	583	583
Pressão Arterial MN	Pearson Correlation	,246	-,054	,227	,040	,373	,739	1	,067	,255	,115	,370	,046
	Sig. (2-tailed)	,000	,198	,000	,334	,000	,000		,248	,000	,047	,000	,265
	N	581	578	578	578	582	582	582	298	288	296	582	582
Glicemia >100 mg/dl	Pearson Correlation	,244	-,043	,239	,027	,146	,189	,067	1	,060	,016	,191	,121
	Sig. (2-tailed)	,000	,461	,000	,648	,011	,001	,248		,316	,787	,001	,037
	N	298	299	299	299	299	299	298	299	286	290	299	299
Triglicidos >=150 mg/dl	Pearson Correlation	,048	,141	,242	-,010	,181	,265	,255	,060	1	,297	,274	-,160
	Sig. (2-tailed)	,420	,016	,000	,864	,002	,000	,000	,316		,000	,000	,006
	N	288	289	289	289	289	289	288	286	289	287	289	289
Colesterol Total >=200 mg/dl	Pearson Correlation	,149	,118	,176	,013	,008	,100	,115	,016	,297	1	,113	,153
	Sig. (2-tailed)	,010	,043	,002	,826	,897	,085	,047	,787	,000		,051	,008
	N	296	297	297	297	297	297	296	290	287	297	297	297
Perímetro Cintura (cm)	Pearson Correlation	,229	-,065	,240	,031	,814	,348	,370	,191	,274	,113	1	,094
	Sig. (2-tailed)	,000	,121	,000	,451	,000	,000	,000	,001	,000	,051		,023
	N	582	579	579	579	583	583	582	299	289	297	583	583
HDL	Pearson Correlation	,215	-,173	-,086	-,043	,111	-,039	,046	,121	-,160	,153	,094	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,039	,305	,007	,345	,265	,037	,006	,008	,023	
	N	582	579	579	579	583	583	582	299	289	297	583	583

Tabela 17 – Absentismo: distribuição por género

		Género			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	F	125	48,8	48,8	48,8
	M	131	51,2	51,2	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Tabela 18– Dias de ausência : género vs motivo

Statistics Mulheres

		Abs_AT	Abs_DN
N	Valid	126	126
	Missing	0	0
Mean		6,5476	72,7222
Sum		825,00	9163,00

Statistics - Homens

		Abs_AT	Abs_DN
N	Valid	135	135
	Missing	0	0
Mean		13,5630	48,2889
Sum		1831,00	6519,00

Tabela 19 – absentismo: distribuição género vs escalão etário

Género * Escalões Etários Crosstabulation

		Escalões Etários					Total
		<=25	26-35	36-45	46-55	56-65	
Género	F Count	2	18	57	40	8	125
	% within Género	1,6%	14,4%	45,6%	32,0%	6,4%	100,0%
	% within Escalões Etários	15,4%	36,0%	64,0%	51,9%	29,6%	48,8%
M	Count	11	32	32	37	19	131
	% within Género	8,4%	24,4%	24,4%	28,2%	14,5%	100,0%
	% within Escalões Etários	84,6%	64,0%	36,0%	48,1%	70,4%	51,2%
Total	Count	13	50	89	77	27	256
	% within Género	5,1%	19,5%	34,8%	30,1%	10,5%	100,0%
	% within Escalões Etários	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

