

**O IMPACTO DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA NAS DESPESAS DO REGIME GERAL DE
PREVIDÊNCIA SOCIAL DO BRASIL**

***THE IMPACT OF ABSENTEEISM-DISEASE AT THE EXPENSES OF THE GENERAL REGIME OF
SOCIAL SECURITY IN BRAZIL***

***EL IMPACTO DEL AUSENTISMO POR ENFERMEDAD EN LOS GASTOS DEL RÉGIMEN GENERAL
DE LA PREVIDENCIA SOCIAL DE BRASIL***

Nara Cristina Ferreira Mendes

Doutoranda em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB)

Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, CEP: 70.910-900. Brasília, DF, Brasil

Telefone: (61) 99943-8343

E-mail: naracfm@gmail.com

Diana Vaz de Lima

Doutora em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília, Universidade Federal da Paraíba e

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UnB/UFPB/UFRN)

Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, CEP: 70.910-900. Brasília, DF, Brasil

Telefone: (61) 3107-0795

E-mail: diana_lima@unb.br

José Matias Pereira

Doutor em Ciência Política pela Universidade Complutense de Madrid

Professor de Administração Pública e Finanças Públicas e Pesquisador Associado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade de Brasília (UnB)

Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, CEP: 70.910-900. Brasília, DF, Brasil

Telefone: (61) 3107-0807

E-mail: matias@unb.br

Artigo recebido em 10/07/2017. Revisado por pares em 07/08/2017. Reformulado em 27/10/2017. Recomendado para publicação em 05/12/2017. Publicado em 30/04/2018. Avaliado pelo Sistema *double blind review*.



RESUMO

O trabalho analisa o impacto do absenteísmo-doença nas despesas do Regime Geral de Previdência Social do Brasil, através da pesquisa bibliográfica, explicativa, com abordagem quali-quantitativa, e dos testes de Wilcoxon-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, visando identificar diferenças estatísticas entre as variáveis de gastos com o perfil dos trabalhadores formais, tanto pelas morbidades da classificação internacional de doenças, quanto da perspectiva regionalizada por unidades da federação. Os resultados demonstraram maior gasto com as doenças do sistema osteomuscular, tecido conjuntivo, lesões e envenenamentos, e transtornos mentais e comportamentais. Ademais, a zona urbana apresentou maior representatividade de gastos, com destaque aos Estados da região Sul.

Palavras-chave: Absenteísmo-doença; Classificação Internacional de Doenças; Unidade da Federação; Regime Geral de Previdência Social; Contas Públicas.

ABSTRACT

The study analyzes the impact of absenteeism-disease at the expenses of the General Regime of Social Security of Brazil, through the bibliographic and explanatory research, qualitative and quantitative approach, and through the Wilcoxon-Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests, aiming to identify statistical differences between the variables of expenses with the profile of formal workers, both for the morbidities of the international classification of diseases, and for the regionalized perspective by units of the federation. The results showed higher expenses on diseases of the musculoskeletal system, connective tissue, injuries and poisonings, and mental and behavioral disorders. Beside of this, the urban area presented the greater representativeness of expenses, highlighting the states of the South region.

Keywords: Absenteeism-disease; International Classification of Diseases; Federation Unit; General Social Security System; Public Accounts.

RESUMEN

El trabajo analiza el impacto del ausentismo por enfermedad en los gastos del Régimen General de la Previdencia Social de Brasil, a través de la investigación bibliográfica, explicativa, con un enfoque cuali-cuantitativo y, de los testes de Wilcoxon-Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, con el objetivo de identificar diferencias estadísticas entre las variables de gastos con el perfil de los trabajadores formales, tanto por las morbilidades de la clasificación internacional de enfermedades, cuanto da perspectiva regionalizada por las unidades de la federación. Los resultados han demostrado un gasto más grande con las enfermedades del sistema osteomuscular, tejido conjuntivo, lesiones y envenenamientos, y trastornos mentales y comportamentales. Además, la zona urbana ha presentado más representatividad de gastos, con destaque a los Estados de la región Sur de Brasil.

Palabras-clave: Ausentismo-enfermedad; Clasificación Internacional de Enfermedades; Unidad de la Federación; Régimen General de la Previdencia Social; Cuentas Públicas.

1 INTRODUÇÃO

Autores como Gaidzinski e Kurcgant (1998) e Jorge (1995) conceituam absenteísmo-doença como ausências ao trabalho por faltas e licenças médicas para tratamento de saúde. No Brasil, o trabalhador assegurado pelo RGPS, acometido por algum problema de saúde que o incapacite para o trabalho por mais de 15 dias, faz jus ao recebimento do benefício denominado auxílio-doença.

Pesquisadores como Taylor (1999), Pelletier, Boles e Lynch (2004) e Saldarriaga, Fernando e Martínez (2007) apontam que, na análise do absenteísmo, devem ser avaliadas variáveis relacionadas ao indivíduo (motivação, necessidades, hábitos, valores, habilidades e conhecimentos), à ocupação do trabalhador (entidade em que trabalha e métodos de produção) e à organização (clima de trabalho e políticas da instituição).

Segundo McDonald e Shaver (1981), Culp (1992) e Alves (1999), as causas das ausências não previstas relacionadas ao absenteísmo são: (i) intrínsecas (refletem na satisfação do trabalhador); (ii) extrínsecas (decorrentes de fatores ambientais); (iii) de personalidade (relacionadas ao comportamento do trabalhador como conflitos, imaturidade e desmotivação).

Na visão de Robbins (1999), o custo do absenteísmo é um fator preponderante para a elevação dos custos das organizações. Portanto, há a necessidade de que sua dimensão seja compreendida para definir políticas e intervir com soluções que visem melhorias, tanto da produtividade, como da qualidade de vida de seus funcionários.

Para Graça (1995), a morbidez do trabalho na contemporaneidade resulta em custos diretos e indiretos para toda a sociedade. Isso requer, dos atores sociais, ações de promoção e prevenção da saúde e segurança do trabalhador.

Ao analisar as causas do absenteísmo junto aos segurados do RGPS brasileiro, Nogueira e Ferreira (2013) observaram que 24,47% das licenças médicas foram motivadas por lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. 17% decorreram de doenças do tecido osteomuscular e conjuntivo. 9,67% se referiram a doenças do aparelho digestivo. Enquanto isso, 9,39% decorreram de transtornos mentais.

Do ponto de vista contábil, Pereira, Borba e Azambuja (2004) consideram que o uso inapropriado por parte dos trabalhadores da licença médica pode causar custos às

organizações, além de favorecer à utilização indevida dos recursos da Previdência Social. Para Brant e Gomes (2005), o trabalhador poderá fazer uso inapropriado das licenças médicas por medo do desemprego, posto que, como “doente”, teria seu emprego assegurado, garantindo, assim, a sensação de segurança no trabalho, ou mesmo desenvolver a aspiração de aposentadoria, sem incorrer nas dificuldades diárias de um ambiente de trabalho.

Nesse ambiente, considerando que o absenteísmo pode ser fator preponderante para a elevação dos custos das organizações, e que esse padrão de ausências pode impactar regimes previdenciários mantidos pelo método de financiamento de repartição simples, como é o caso do RGPS brasileiro, tem-se a seguinte questão de pesquisa: **Qual o efeito do absenteísmo-doença nas despesas do Regime Geral de Previdência Social?**

Dessa maneira, o presente estudo tem como objetivo analisar o impacto do absenteísmo-doença nas despesas do RGPS. Para tratar a questão da pesquisa, foi analisado o perfil dos trabalhadores formais, tanto sob a perspectiva da classificação internacional de doenças (CID), por sexo e clientela (urbana e rural), quanto pela perspectiva da Unidade da Federação (UF), onde eles exercem a atividade laboral. Ademais, também, se considerou o *ranking* do IDH ao analisar a comparação dos resultados com o nível de desenvolvimento regional geral, por educação, longevidade e renda.

Para validar os resultados, foi efetuado o teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney (WMW) para amostras independentes. Segundo Callegari-Jacques (2009), a análise de dados não-paramétricos deve ser utilizada quando do desconhecimento da distribuição da variável estudada na população. Conforme Maroco (2007), o teste WMW apresenta, como principal vantagem, a identificação das diferenças ao permitir comparar estatisticamente suas magnitudes. Em seguida, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, considerado uma extensão do teste de WMW, para identificar de forma mais detalhada a diferença estatística por meio da análise da normalidade das distribuições das funções.

A importância do presente estudo se dá diante do atual desequilíbrio fiscal nas contas previdenciárias, que após vivenciar algumas reformas previdenciárias, ainda apresenta cenário deficitário. Desse modo, o tema atualmente fomenta amplo debate e requer maior compreensão tanto dos agentes públicos envolvidos, quanto da sociedade.

Afinal, as alterações nas regras atuais ensejarão mudanças na expectativa de direito dos indivíduos anteriormente enquadrados como futuros beneficiários do sistema previdenciário.

Sendo assim, dentre as ações elencadas acima, o estudo também se justifica em razão do montante de gastos voltados ao sistema previdenciário brasileiro. Pois, cerca de 25% do orçamento do Governo Federal está comprometido com despesas correntes com a Previdência Social. Logo, compreender a alocação desses recursos é imprescindível para viabilizar sua gestão de forma adequada.

Assim, considerando que, no exercício de 2015, foram contabilizados 1.665.934 auxílios-doença concedidos no âmbito do RGPS, movimentando cerca de R\$ 2 bilhões de reais, compreender o perfil de morbidade e sua representatividade ao longo do território brasileiro pode contribuir para promover ações governamentais eficientes com fins de prevenir doenças e reduzir gastos.

Além dessa introdução, o presente estudo é composto por cinco Seções. Na Seção 2, são apresentados os conceitos e classificações relacionados ao absenteísmo. A caracterização do RGPS brasileiro é apresentada na Seção 3. Na Seção 4, encontra-se a metodologia aplicada no estudo. A análise dos dados é apresentada na Seção 5. E, na Seção 6, são apresentadas as considerações finais do estudo e sugestões para futuras pesquisas, seguidas das referências utilizadas.

2 CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES RELACIONADOS AO ABSENTEÍSMO

Segundo Harrison e Martocchio (1998), o absenteísmo pode ser caracterizado como um padrão habitual de ausências do trabalhador que ocasiona disfunções na prestação de serviços e demissões que aumentam a taxa de desempenho de um país. Pode interferir, negativamente, no convívio familiar quando ensejada por doenças, tais como o alcoolismo, dentre outras.

Gaidzinski (1994) classificou as ausências em previstas e não previstas. A primeira classe é aquela permitida por direito, podendo ser planejadas com antecedência como férias, folgas e feriados. As ausências não previstas são as que efetivamente caracterizam o

absenteísmo, pelo seu caráter imprevisível, como faltas abonadas e injustificadas, licenças médicas, acidente de trabalho, licenças maternidade e paternidade, período de nojo, de gala, de cursos de especialização e outras situações que impedirão o servidor ao trabalho. Já no entendimento de Gaidzinski e Kurcgant (1998) e Jorge (1995), o absenteísmo representa as ausências ao trabalho por faltas e licenças médicas para tratamento de saúde.

No dia a dia das organizações, o absenteísmo pode evidenciar fragilidades que extrapolam os limites das empresas e causam prejuízos ao trabalhador acometido por tal disfunção. Segundo Quick e Lapertosa (1982) e Ehrenberg *et al.* (1989), o absenteísmo corresponde à falta de assiduidade ao trabalho, quando se espera a presença do empregado.

Para Gründemann e Vuuren (1997), o absenteísmo refere-se ao período ininterrupto de dias não trabalhados, contados desde seu início. Nesses casos, cabe considerar ausências decorrentes de férias, licença gestante, afastamento para capacitação, dentre outras modalidades de ausência do trabalhador (MAGALHÃES; DUARTE; MOURA, 1995).

O absenteísmo também é atribuído a problemas de saúde. Esses podem advir de doenças declaradas, doenças não declaradas, razões de caráter familiar, atrasos involuntários, faltas por dificuldades com transporte, perda de motivação e debilidades da cultura organizacional (MUNCH-HANSEN *et al.*, 2008).

Cabe considerar que algumas empresas acreditam que, ao fornecer incentivos de remuneração por desempenho ou produtividade, motivam os trabalhadores a aumentar a produção com qualidade. Contudo, acabam exigindo deles um período laboral maior que o habitual, ao não usufruírem do descanso necessário (FRICK; GOETZEN; SIMMONS, 2013). Tais excessos resultam em estresse e cansaço no ambiente de trabalho, ensejam o absenteísmo, e, conseqüentemente, prejudicam o aumento da produtividade; o que gera custos ocultos no âmbito das empresas.

Para Silva e Marziale (2008a, 2008b) e Inoue *et al.* (2008), o absenteísmo pode ser classificado em 5 (cinco) categorias: a) absenteísmo-doença (caracterizado pela ausência justificada por licença-saúde); b) absenteísmo por patologia profissional (causado por acidente de trabalho e/ou doença profissional); c) absenteísmo legal (possui respaldado por lei); d) absenteísmo-compulsório (causado por suspensão administrativa, prisão ou outro

impedimento de comparecer no ambiente de trabalho); e) absenteísmo voluntário (por razões particulares não justificadas).

Ressalta-se que o presente estudo tem com objeto o absenteísmo-doença. Não considera, portanto, apoiado pelo entendimento de Gaidzinski e Kurcgant (1998), Jorge (1995), Silva e Marziale (2008a, 2008b) e Inoue *et al.* (2008), as ausências decorrentes de férias, licenças para treinamento e capacitação, viagens a serviço, dentre outros.

Sousa e Mendes (2008) alertam que não se deve conceituar o absenteísmo por motivo de saúde e absenteísmo-doença como sinônimos. O primeiro se refere às ausências decorrentes de problemas de saúde do próprio trabalhador ou seus dependentes, sendo que, nesse caso, posteriormente, há procura por diagnóstico, assistência, terapia e acompanhamento médico, sem necessidade de interrupção no exercício das atividades laborais do trabalhador. Já para o caso de absenteísmo-doença, a ausência caracteriza-se pela falta de capacidade do indivíduo assegurado pelo RGPS, por motivo de doença ou acidente, sendo necessário requerer o afastamento das atividades profissionais junto à de Previdência Social (MPS, 2017).

Assim, evidências demonstram a relevância de compreender o absenteísmo-doença posto que, para esses casos, o risco de mortalidade e aposentadoria precoce é considerado elevado entre homens e mulheres com mais de 15 dias de licença médica por ano (ROELEN *et al.*, 2010).

3 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA BRASILEIRO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

De acordo com Lima *et al.* (2012), o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), ou previdência pública básica geral, objeto do presente estudo, está previsto no artigo 201 da Constituição Federal de 1988, no qual dispõe que a "previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial".

O método de financiamento adotado no RGPS é o de repartição simples, segundo o qual as despesas de benefícios previstas para determinado exercício são repartidas nele mesmo, sem que tenham sido feitos aportes anteriores para capitalização do plano, caso as

premissas estabelecidas no plano de custeio se verifiquem (PINHEIRO, 2005). De acordo com Capelo (1986), no método de financiamento por repartição simples são fixadas as taxas de custeio de benefícios (alíquota de contribuição) com o objetivo de obter no exercício receitas equivalentes às despesas nele previstas.

Na prática, a incidência do absenteísmo-doença contribui para a elevação dos custos do absenteísmo, considerado fator preponderante para a elevação dos custos no âmbito das organizações (ROBBINS, 1999; PEREIRA; BORBA; AZAMBUJA, 2004). Além disso, a morbidez do trabalho repercute em custos diretos e indiretos para toda a sociedade, não se restringindo apenas às organizações, conforme destaca Graça (1995).

Tais custos, consequentemente, impactarão de forma negativa no resultado previdenciário. Esse reflexo que será evidenciado nas contas públicas, uma vez que, quando um empregado segurado da Previdência Social é acometido por algum problema de saúde que o incapacite para o trabalho por mais de 15 dias, ele faz jus ao recebimento do benefício chamado auxílio-doença. Assim, é classificado de duas formas: não ocupacional (previdenciário) e relacionado ao ambiente do trabalho (acidentário). Sob a perspectiva contábil, os custos com o absenteísmo podem trazer ineficiência na execução governamental, pois, nesse caso, não há correspondência na prestação de serviço (MPS, 2016).

Dentre as causas que ensejam auxílios previdenciários, destacam-se como uma das principais os acidentes e violências entre homens jovens (BATISTELLA, 2008). Outro aspecto que merece destaque é o crescimento da depressão, ansiedade e estresse, especialmente entre as mulheres (APÓSTOLO *et al.*, 2011).

Nesse contexto, esta pesquisa pretende analisar o impacto do absenteísmo-doença nas despesas do RGPS do Brasil, por meio da análise do perfil dos trabalhadores formais tanto sob a perspectiva da CID, por sexo e clientela (urbana e rural), quanto da perspectiva da UF, onde eles exercem a sua atividade laboral.

4 METODOLOGIA

A pesquisa se desenvolveu mediante a revisão bibliográfica e análise documental, de caráter quantitativo e qualitativo, ao analisar o impacto do absenteísmo-doença nas despesas do RGPS.

O universo de estudo selecionado correspondeu ao montante de gastos executados pelo Governo Federal brasileiro por meio do benefício do auxílio-doença concedido ao trabalhador vinculado ao RGPS. Diante dos dados, primeiro efetuou-se a análise por CID de modo a identificar o perfil de morbidade por clientela (urbano e rural) e sexo. Em seguida, identificou-se o mesmo montante de gastos com o absenteísmo-doença sob a perspectiva da UF, de modo a compreender o referido cenário de forma regionalizada.

Para auxiliar a análise, os resultados foram comparados com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) geral, por educação, longevidade e renda, de modo a verificar a relação ou não entre a concentração na percepção do benefício e a condição de desenvolvimento econômico da região.

Os dados foram coletados no Sistema Único do INSS (AEPS InfoLogo – Versão 2014 – DATAPREV) e compreendeu o período de 2010 a 2015. Os valores foram corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), para viabilizar a comparabilidade ao remover os efeitos da inflação ao longo do período analisado.

A análise das despesas por CID ocorreu por unidade monetária. Contudo, a análise, por UF, foi realizada a partir da análise dos dados em *per capita*, com fins de mitigar qualquer viés decorrente de características regionais específicas.

Ressalta-se como limitador da pesquisa, que da análise por grupo da CID, na variável sexo, além das colunas denominadas de “masculino” e “feminino”, a extração dos dados apresentou uma coluna adicional denominada de “ignorado”, correspondente a cerca de 18,09% das despesas totais com auxílio-doença. Considerando que não foi informado a descrição específica dessa coluna, optou-se por excluí-la da análise.

Dessa forma, o período analisado, no presente estudo, compreendeu, como janela temporal, os exercícios financeiros de 2010 até 2015. As variáveis utilizadas ao longo da pesquisa foram selecionadas e codificadas conforme a Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Variáveis utilizadas na pesquisa

CÓDIGOS	VARIÁVEIS
CID	Absenteísmo-doença por grupo da CID
UF	Absenteísmo-doença por Unidade da Federação
UM	Despesa total anual, clientela urbana e sexo masculino
UF	Despesa total anual, clientela urbana e sexo feminino.
RM	Despesa total anual, clientela rural e sexo masculino.
RF	Despesa total anual, clientela rural e sexo feminino.

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Visando comparar a execução governamental com o absenteísmo-doença por grupo de CID e por UF, realizou-se a estatística descritiva e aplicou-se testes não-paramétricos. O teste de Wilcoxon-Mann-Whitney (WMW) é uma “alternativa ao teste *t* de *Student* usado para comparar duas médias populacionais a partir de amostras emparelhadas” (Fávero *et al.*, 2009, p. 158). Nesse sentido, Lumley *et al.*, (2002) recomendam que para amostras pequenas os testes não-paramétricos são preferíveis.

Assim, o presente estudo utilizou, como ferramenta de análise, o *software Stata* para utilização do modelo de teste de WMW, não-paramétrico, de diferença de média para amostras emparelhadas e independentes. Ademais, o modelo apresenta como principal vantagem a identificação da direção das diferenças, ao permitir comparar estatisticamente suas magnitudes (MAROCO, 2007).

Após aplicação do teste WMW, utilizou-se, ainda, o teste Kruskal-Wallis, considerado uma extensão do teste de WMW, por identificar, de forma mais detalhada, a diferença estatística por meio da análise da normalidade das distribuições das funções.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 ABSENTEÍSMO-DOENÇA POR CID

No período de 2010 a 2015, as despesas totais com o absenteísmo-doença representaram mais de 1,5 bilhões de reais para os cofres públicos brasileiros, conforme Tabela 2:

Tabela 2 - Despesas com Absenteísmo-doença (R\$)	
Ano	Despesa Total
2010	1.506.314.468,27
2011	1.545.342.380,96

2012	1.600.406.024,64
2013	1.766.382.678,33
2014	1.869.200.663,48
2015	1.837.108.306,70

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 2, observa-se um aumento de 18% nas despesas com absenteísmo-doença no período. A Tabela 3 apresenta a média, a mediana e o desvio-padrão correspondentes às variáveis clientela (urbano e rural) e sexo (masculino e feminino) que compõem o montante dessas despesas no RGPS.

Tabela 3 - Estatística Descritiva da CID, período de 2010 a 2015 (R\$)

	Média		Mediana		Desvio-padrão	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Masculino	45.903.939,00	3.604.383,00	17.665.778,00	1.127.620,60	67.108.441,00	6.095.077,00
Feminino	26.777.265,00	2.667.426,00	7.744.234,00	787.734,30	40.543.998,00	4.678.783,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

De acordo com a Tabela 3, os gastos com a clientela urbana apresentam maiores médias e medianas, mostrando que a maioria dos gastos com trabalhadores vinculados ao RGPS pertence à zona urbana, correspondente a 87,91% do total de trabalhadores formais vinculados ao RGPS. Quanto à análise do sexo dos trabalhadores, a classe masculina apresenta maior representatividade que a feminina, alcançando 56,20% dos trabalhadores formalmente registrados nas contas do RGPS.

No intuito de compreender a composição das despesas governamentais com o absenteísmo-doença ao longo do período em análise, segue a Tabela 4, com a representatividade dos gastos, em percentual:

Tabela 4 - Absenteísmo-doença por grupo da CID (%)

Grupos da CID	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Doenças Infecciosas e Parasitária	2.45	2.40	2.32	2.22	2.13	1.92
Neoplasias [Tumores]	6.26	6.50	6.69	6.70	6.66	6.50
Doenças das Glândulas Endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.10	1.15	1.14	1.13	1.09	1.04
Doenças do Sangue e dos órgãos Hematopoéticos	0.21	0.21	0.20	0.19	0.19	0.19
Transtornos Mentais e Comportamentais	15.75	14.58	13.32	12.61	12.04	11.79
Doenças do Sistema Nervoso	3.74	3.57	3.45	3.30	3.16	3.12
Doenças do Olho e Anexos	2.05	1.96	1.88	1.79	1.76	1.73
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	0.45	0.41	0.36	0.34	0.32	0.30
Doenças do Aparelho Circulatório	10.51	9.99	9.63	9.03	8.59	8.28
Doenças do Aparelho Respiratório	0.92	0.87	0.82	0.78	0.74	0.69

Doenças do Aparelho Digestivo	2.47	2.45	2.35	2.49	2.40	1.99
Doenças do Aparelho Geniturinário	1.97	1.89	1.88	1.89	1.88	1.79
Gravidez, Parto e Puerpério	0.66	0.65	0.63	0.72	0.75	0.48
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	0.81	0.82	0.81	0.82	0.81	0.76
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	26.77	26.33	25.80	25.35	25.31	25.22
Malformações Congênitas, Deformidades e anomalias cromossômicas	0.14	0.19	0.21	0.22	0.23	0.23
Algumas afecções originadas no período Perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	0.14	0.25	0.30	0.38	0.42	0.39
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	15.35	15.60	15.72	15.89	15.82	14.76
Causas externas de Morbidade e Mortalidade	0.03	0.07	0.09	0.11	0.12	0.13
Fatores que influenciam o Estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0.42	0.51	0.52	0.56	0.56	0.59
Ignorado	7.80	9.60	11.84	13.47	15.03	18.09
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Os dados da Tabela 4 mostram que as maiores despesas relacionadas com o auxílio-doença estão relacionadas com as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; transtornos mentais e comportamentais; e doenças do aparelho circulatório, respectivamente, ratificando o estudo comparativo de Nogueira e Ferreira (2013).

O teste de Wilcoxon *rank sum*, conhecido como teste de WMW, efetua a análise confirmatória das análises desenvolvida em relação às classificações de morbididades da CID. Assim, ao aplicar o teste de WMW, obtêm-se a diferença entre as medianas dos *scores* das variáveis analisadas para a análise da significância estatística dos grupos, dada a seguinte hipótese:

- H0: não existe diferença estatisticamente significativa entre as despesas com absenteísmo-doença por CID, clientela e sexo;
- H1: existe diferença estatisticamente significativa entre as despesas com absenteísmo-doença por CID, clientela e sexo.

Sendo assim, a Tabela 5 apresenta o resultado do teste de significância estatística dos gastos por CID, conforme a seguir.

Tabela 5 - Teste de Wilcoxon rank sum (Wilcoxon-Mann-Whitney)

Estatística	p-valor
-------------	---------

Urbano	9688	0.0221
Rural	9030	0.2337

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Diante dos resultados apresentados na Tabela 5, pode-se afirmar que o teste de WMW confirma estatisticamente as análises aprofundadas ao longo deste estudo. Para a primeira hipótese, o teste demonstra que há diferença estatisticamente significativa das despesas para a região urbana, por sexo, pois apresenta p valor de 0,0221, rejeitando-se a hipótese nula (H_0).

Contudo, para a clientela rural, o teste não rejeitou H_0 , pois não se identificou diferença estatística, por sexo. Tal resultado pode advir de maior necessidade de utilização do referido auxílio pelo sexo masculino, conforme identificado na estatística descritiva apresentada na Tabela 3. Logo, pesquisas futuras viabilizariam maior compreensão desse fenômeno auxiliando no direcionamento de políticas públicas voltadas à mitigação de tal diferenciação por sexo.

5.1 ABSENTEÍSMO-DOENÇA POR UF

Quanto à análise das despesas governamentais com o absenteísmo-doença por Unidade da Federação (UF), segue a Tabela 6 com a estatística descritiva dos dados:

Tabela 6 - Estatística Descritiva por UF, período de 2010 a 2015 (per capita)

	Urbano	Rural
Tamanho da Amostra	162	162
Média	8,05	4,70
Desvio padrão	4,30	2,59
Mediana	6,76	4,16
Mínimo	2,31	1,07
Máximo	21,50	14,91

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Os achados da Tabela 6 mostram que a zona urbana apresenta média de 8,05 e a zona rural 4,70. Diante disso, tais informações complementam a análise da Tabela 7, com dados *per capita*, por clientela urbana.

Tabela 7 - Absenteísmo-doença por UF e clientela urbana (per capita)

Região	Unidade da Federação	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	Acre	4,27	4,42	5,36	6,09	6,92	7,05
	Amapá	2,31	2,79	3,07	3,49	3,78	4,56

	Amazonas	4,13	3,98	3,98	5,05	5,28	5,64
	Pará	3,84	4,23	4,57	5,42	6,01	5,88
	Rondônia	5,69	6,78	7,58	10,02	11,68	13,78
	Roraima	3,56	3,76	3,49	3,52	3,96	3,96
	Tocantins	4,33	4,76	4,64	5,77	5,37	5,70
Nordeste	Alagoas	10,14	10,37	10,57	11,15	11,64	12,49
	Bahia	4,55	4,52	4,91	5,79	6,35	6,17
	Ceará	2,90	3,24	3,49	4,17	5,03	4,97
	Maranhão	3,39	3,70	4,35	4,94	5,96	6,03
	Paraíba	3,80	4,34	4,84	5,76	6,51	6,55
	Pernambuco	3,78	4,12	4,70	5,62	6,27	6,55
	Piauí	4,05	4,62	5,55	6,32	7,00	7,26
	Rio Grande do Norte	5,34	5,74	5,97	7,16	8,26	8,13
	Sergipe	5,06	5,79	6,63	7,63	8,54	8,97
Centro-Oeste	Distrito Federal	10,05	10,23	10,36	11,32	12,29	11,80
	Goiás	4,12	4,62	5,03	6,13	6,73	6,55
	Mato Grosso	7,14	7,64	8,40	9,16	10,35	9,82
	Mato Grosso do Sul	8,14	9,04	10,04	11,64	12,99	12,87
Sudeste	Espírito Santo	7,76	7,55	7,31	8,05	7,89	7,88
	Minas Gerais	7,50	7,72	8,33	9,47	9,98	9,51
	Rio de Janeiro	10,74	11,17	11,24	12,57	13,24	12,95
	São Paulo	11,49	11,36	11,24	11,70	11,84	10,99
Sul	Paraná	10,31	10,24	10,21	10,97	11,19	11,19
	Rio Grande do Sul	15,51	16,40	16,79	18,59	19,96	20,82
	Santa Catarina	19,97	19,89	20,16	21,16	21,50	21,36

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Conforme Tabela 7, os Estados que apresentam maior concessão de auxílio-doença na zona urbana são, respectivamente: Santa Catarina, Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul.

Tal análise corrobora o estudo de Gomes *et al.* (2014), que também evidenciou que a maior concentração de despesas com pagamentos de auxílio-doença previdenciário urbano encontra-se nas regiões Sul e Sudeste. Cabe destacar que Mato Grosso, Minas Gerais, Rondônia, Rio Grande do Norte e Sergipe apresentaram crescimento *per capita* constante ao longo do período analisado.

Observa-se, ainda, que os Estados citados predominam em toda a Região Sul e parte das Regiões Sudeste e Centro-Oeste, excetuando-se Espírito Santo e Goiás. Nesse contexto, chama a atenção regiões mais desenvolvidas apresentarem maiores incidências de absenteísmo por auxílio-doença do que regiões economicamente desfavorecidas, conforme se depreende da análise do *ranking* estadual brasileiro, por IDH, apresentada na Tabela 8.

Tabela 8 - Ranking dos Estados brasileiros por IDH (2014)

Unidade da Federação	Posição	IDH	IDH_E	IDH_L	IDH_R
Distrito Federal	1º	0.839	0.789	0.876	0.852
São Paulo	2º	0.819	0.800	0.875	0.783
Santa Catarina	3º	0.813	0.765	0.890	0.783
Paraná	4º	0.790	0.748	0.858	0.764
Rio Grande do Sul	5º	0.779	0.691	0.870	0.776
Rio de Janeiro	6º	0.778	0.714	0.843	0.776
Espírito Santo	7º	0.771	0.695	0.875	0.743
Minas Gerais	8º	0.769	0.707	0.862	0.738
Mato Grosso	9º	0.767	0.739	0.812	0.749
Mato Grosso do Sul	10º	0.762	0.688	0.833	0.764
Goiás	11º	0.750	0.697	0.814	0.739
Amapá	12º	0.747	0.734	0.806	0.702
Roraima	13º	0.732	0.720	0.765	0.710
Tocantins	14º	0.732	0.698	0.797	0.701
Acre	15º	0.719	0.673	0.804	0.679
Rio Grande do Norte	16º	0.717	0.640	0.837	0.674
Ceará	17º	0.716	0.682	0.807	0.659
Rondônia	18º	0.715	0.667	0.766	0.711
Amazonas	19º	0.709	0.666	0.774	0.688
Pernambuco	20º	0.709	0.651	0.801	0.674
Bahia	21º	0.703	0.627	0.800	0.682
Paraíba	22º	0.701	0.631	0.794	0.678
Sergipe	23º	0.681	0.591	0.786	0.665
Maranhão	24º	0.678	0.647	0.750	0.638
Piauí	25º	0.678	0.612	0.761	0.661
Pará	26º	0.675	0.592	0.779	0.654
Alagoas	27º	0.667	0.603	0.764	0.634

Fonte: Elaborado pelos autores (2017). A partir de dados da Atlas Brasil.

Com base no *ranking* atual dos Estados brasileiros por IDH, observa-se que dos dez Estados mais desenvolvidos, nove apresentam concentração de beneficiamento mediante percepção de recursos públicos em sua economia local, com exceção do Espírito Santo.

Distinta da análise, destacam-se os Estados de Alagoas e Rondônia. No caso de Alagoas, apesar de demonstrar concentração de benefício *per capita*, é o Estado brasileiro que ocupa a última posição no *ranking* de desenvolvimento. Por sua vez, Rondônia apresentou aumento na percepção do benefício ao longo do período analisado e ocupa o 18º lugar no *ranking*.

Em continuidade a análise das despesas governamentais com o absenteísmo-doença, por Unidade da Federação (UF), tem-se a Tabela 9, com dados *per capita*, por clientela rural, conforme segue:

Tabela 9 - Absenteísmo-doença por UF e clientela rural (per capita)

Região	Unidade da Federação	2010	2011	2012	2013	2014	2015
--------	----------------------	------	------	------	------	------	------

Norte	Acre	4,91	5,85	8,02	9,09	9,98	9,82
	Amapá	3,06	3,46	4,13	4,61	5,15	5,93
	Amazonas	1,95	2,17	2,96	3,86	3,11	3,36
	Pará	2,03	2,52	3,25	3,78	4,25	4,35
	Rondônia	8,07	8,16	9,07	10,93	13,25	14,91
	Roraima	2,34	2,37	2,52	2,35	2,54	2,64
	Tocantins	4,10	4,25	4,32	5,08	4,93	4,85
Nordeste	Alagoas	5,20	4,87	5,61	6,57	7,52	8,83
	Bahia	2,56	2,61	3,07	3,91	4,57	4,48
	Ceará	2,92	3,26	4,01	5,02	6,06	6,40
	Maranhão	4,23	4,52	5,19	5,77	6,76	7,05
	Paraíba	3,11	3,88	4,83	5,94	7,12	7,61
	Pernambuco	2,51	2,86	3,49	4,29	4,73	4,82
	Piauí	3,30	3,83	5,18	6,67	8,07	8,84
	Rio Grande do Norte	5,25	5,65	6,27	7,12	8,02	8,28
Centro-Oeste	Sergipe	2,59	3,15	4,05	5,28	6,23	6,52
	Distrito Federal	3,10	2,97	3,72	4,67	5,04	5,34
	Goiás	1,10	1,07	1,46	1,66	1,91	1,88
	Mato Grosso	2,77	2,69	2,83	3,06	3,23	3,08
Sudeste	Mato Grosso do Sul	2,47	2,47	2,76	3,24	3,63	3,52
	Espírito Santo	3,21	3,48	3,68	3,83	4,10	3,83
	Minas Gerais	2,22	2,43	2,83	3,17	3,51	3,39
	Rio de Janeiro	1,24	1,29	1,52	1,75	1,87	1,86
	São Paulo	1,20	1,20	1,29	1,35	1,37	1,33
Sul	Paraná	4,91	4,63	4,87	5,29	5,30	5,20
	Rio Grande do Sul	8,03	8,36	9,06	10,00	11,03	10,87
	Santa Catarina	8,30	8,19	8,50	8,44	7,61	7,65

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Com relação à zona rural, os dados da Tabela 9 mostram que os Estados que apresentam maior concessão de auxílio-doença são: Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Acre, Rio Grande do Norte e Alagoas. Assim, observa-se a presença integral da Região Sul, ausência da Região Sudeste e maior participação da Região Nordeste em comparação com a Tabela 7.

Ademais, cabe destacar que o Amapá, Tocantins, Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí, Sergipe e Distrito Federal são os Estados que apresentaram crescimento ao longo do período analisado. Ao efetuar a comparação com os índices do IDH, demonstrados na Tabela 8, observa-se menor relação entre a percepção do benefício e o desenvolvimento local, pois, dos Estados analisados, apenas quatro encontram-se dentre os dez Estados mais desenvolvidos.

Ao se aplicar o teste de WMW com o foco nas UFs para se confirmar estatisticamente a análise ora desenvolvida, tem-se as seguintes hipóteses:

- H0: não existe diferença estatisticamente significativa entre as despesas com absenteísmo-doença por unidade da federação e clientela (urbana e rural);
- H1: existe diferença estatisticamente significativa entre as despesas com absenteísmo-doença por unidade da federação e clientela (urbana e rural).

Desse modo, a Tabela 10 apresenta os resultados do teste para os grupos conforme as hipóteses supracitadas:

Tabela 10 - Teste de Wilcoxon rank sum (Wilcoxon-Mann-Whitney)

	Estatística	p-valor
Diferença entre clientela	20109	0.0000

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Ao efetuar a análise por UF e clientela, pode-se afirmar que as despesas ocorrem de forma estatisticamente diferentes entre os Estados brasileiros com p valor de 0,0000. Assim, rejeita-se a hipótese nula ao nível de significância de 5% e confirma-se estatisticamente o identificado nas Tabelas 7 e 9. Ou seja, da análise estatística conclui-se que existe diferença relevante nos gastos por UF, em relação a clientela (urbana e rural), durante o período analisado.

Em seguida, ao aplicar o teste de Kruskal-Wallis, teste não-paramétrico utilizado para comparar três ou mais populações e considerado extensão do teste WMW, tem-se as seguintes hipóteses:

- H0: os grupos (UFs) possuem função de distribuição igual;
- H1: os grupos (UFs) não possuem função de distribuição igual.

Diante dessas hipóteses, o resultado do teste está demonstrado na Tabela 11:

Tabela 11 - Teste de Kruskal-Wallis

Diferença entre os Estados na zona Urbana	
Kruskall-Wallis Qui-quadrado	140.36
Graus de liberdade	26
p-valor	0.0000
Diferença entre os Estados na zona Rural	
Kruskall-Wallis Qui-quadrado	132.454
Graus de liberdade	26
p-valor	0.0000

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

No caso da clientela urbana, os dados da Tabela 11 mostram que existe diferença estatística entre os Estados brasileiros, não rejeitando a hipótese nula. Também foi identificada diferença estatística para a clientela rural, pois, novamente, não se rejeitou a hipótese nula, ambas ao nível de 5% de significância. Sendo assim, conclui-se que as diferenças na percepção de benefícios com o auxílio-doença ocorrem em ambas as regiões (urbana e rural), o que requer pesquisas futuras para investigar suas causas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar o impacto do absenteísmo-doença nas despesas do RGPS do Brasil a partir do perfil dos trabalhadores formais tanto sob a perspectiva da classificação internacional de doenças (CID), por sexo e clientela (urbana e rural), quanto da perspectiva da Unidade da Federação (UF), onde estes trabalhadores exercem a sua atividade laboral. O *ranking* do IDH viabilizou a complementação da análise ao evidenciar o nível de desenvolvimento regional geral, por educação, longevidade e renda.

A revisão da literatura mostrou que o absenteísmo pode ser caracterizado como um padrão habitual de ausências do trabalhador que ocasiona disfunções na prestação de serviços e demissões. Assim, tem-se o aumento da taxa de desemprego do país, que pode interferir negativamente no convívio familiar quando ensejada por doenças.

Da perspectiva das organizações, verificou-se que o absenteísmo-doença pode ser um fator preponderante para a elevação de seus custos. Consequentemente, pode impactar regimes previdenciários mantidos pelo método de financiamento de repartição simples, como no caso do RGPS brasileiro, no qual as despesas de benefícios previstas para determinado ano são repartidas nesse mesmo ano, sem que tenham sido feitos aportes anteriores para capitalização do plano.

Quanto à análise por CID, os achados do estudo mostraram que 87,91% dos trabalhadores vinculados ao RGPS pertencem à zona urbana. Quanto ao sexo, evidenciou-se que, em ambas as zonas (urbana e rural), cerca de 56,20% pertencem ao sexo masculino.

Este estudo, também, identificou que os maiores gastos com absenteísmo-doença, por CID, estão relacionados nas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, nas lesões e envenenamentos e nos transtornos mentais e comportamentais, corroborando com estudos anteriores.

Ao realizar a análise da UF, na zona urbana, verificou-se que nos Estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul concentram-se a maior parte dos benefícios concedidos nessa condição. Já os Estados do Mato Grosso, Minas Gerais, Rondônia, Rio Grande do Norte e Sergipe apresentaram crescimento constante das despesas com absenteísmo-doença, ao longo do período analisado. Ao comparar os achados do estudo com o IDH, os resultados mostram que Estados mais desenvolvidos apresentam maior gasto com o absenteísmo-doença. Contudo, destaca-se o Estado de Alagoas que, apesar de apresentar representatividade de gastos, possui o menor IDH dos Estados brasileiros.

Enquanto isso, na zona urbana, os maiores gastos estão concentrados nos Estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul. Na zona rural, o destaque se dá aos Estados de Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Acre, Rio Grande do Norte e Alagoas.

Para futuras pesquisas, podem ser investigadas as possíveis causas que ensejaram os resultados evidenciados neste estudo. Da análise por CID, identificou-se as morbidades com maior representatividade, bem como a existência de diferença estatística apenas na região urbana, cabendo maiores esforços para compreender melhor as morbidades desse grupo de trabalhadores. Da análise por UF, cabe o estudo das características regionais dos Estados destacados, tanto na zona urbana, quanto na rural; posto que, em ambas foram identificadas diferenças estatísticas significativas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. Absenteísmo e sofrimento no trabalho. In: SAMPAIO, J. D. R. (Org.). **Qualidade de vida, saúde mental e Psicologia social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 235-417.
- APÓSTOLO, J. L. A.; FIGUEIREDO, M. H.; MENDES, A. C.; RODRIGUES, M. A. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 348-353, 2011.
- BATISTELLA, C. Causas Externas: violência e acidentes de trânsito. In: **O território e o Processo Saúde-Doença**. Educação Profissional e Docência na Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Fiocruz, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=24&sub_capitulo_id=84&arquivo=ver_conteudo_2> Acesso em: 07 jul. 2017.

BRANT, L. C.; GOMES, C. M. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Mangueiras, RJ, v. 10, n. 4, p. 939-952, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400017> Acesso em: 07 jul. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 02 jul. 2017.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

CAPELO, E. R. **Fundos privados de pensão: uma introdução ao estudo atuarial**. 1986. 403 f. Tese (Doutorado em Administração) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil, 1986. Disponível em: <<file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/1198900009.pdf>> Acesso em: 02 jul. 2017.

CULP, L.; MALONE, V. Peer Scores for Group Work. **Science Scope**, v. 15, n. 6, p. 35, 1992.

EHRENBERG, R. G. EHRENBERG, D. I.; EHRENBERG, E. L. **School district leave policies, teacher absenteeism, and student achievement**, 1989.

FÁVERO, L. P. BELFIORE, P.; SILVA, F.L.; CHAN, B.L. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. São Paulo: Campus, 2009.

FRICK, B. J.; GOETZEN, U.; SIMMONS, R. The hidden costs of high-performance work practices: Evidence from a large German steel company. **Industrial & Labor Relations Review**, v. 66, n. 1, p. 198-224, 2013.

GAIDZINSKI, R. R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam essa prática**. 1994. 258 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiros. **Nursing**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 28-34, 1998.

GOMES, M. M. F. OLIVEIRA, D.; AYRES, E. C.; ROCHA, L. C. Características Demográficas e Socioeconômicas dos Benefícios de Auxílio-Doença Previdenciário e sua participação nas Despesas do INSS. In: XIX ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 2014.

GRAÇA, L. **III-health and workplace absenteeism in Portugal: initiatives for prevention**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper), 1995.

GRÜNDEMANN, R. W.; VUUREN, C. V. **Preventing absenteeism at the workplace: European research report**. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1997.

HARRISON, D. A.; MARTOCCHIO, J. J. Time for absenteeism: A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes. **Journal of Management**, v. 24, n. 3, p. 305-350, 1998.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P. D.; UCHIMURA, T. T.; FREITAS MATHIAS, T. A. D. F. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 61, n. 2, 2008.

JORGE, A. L. Motivos que levam os trabalhadores de enfermagem ao absenteísmo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 1/3, p. 39-46, 1995.

WILBERT, M. D.; PEREIRA, J. M.; PAULO, E. O Impacto do Fator Previdenciário nos Grandes Números da Previdência Social. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 23, n. 59, p. 128, 2012.

LUMLEY, T.; DIEHR, P.; EMERSON, S.; CHEN, L. The importance of the normality assumption in large public health data sets. **Annual Review of Public Health**, v. 23, n. 1, p. 151-169, 2002.

MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, É. R.; DE MOURA, G. M. Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 16, p. 5-16, 1995. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4042/42874>> Acesso em: 02 jul.2017.

MAROCO, J. **Análise estatística**: com utilização do SPSS, 2007.

MCDONALD, J. M.; SHAVER, A. V. An absenteeism control program. **Journal of Nursing Administration**, v. 11, n. 5, p. 13-18, 1981.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Anuário Estatístico do Ministério da Previdência Social**. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social - Brasília: MPS/DATAPREV, v. 24, p. 1-917, 2016.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Auxílio doença**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/auxilio-doenca/>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

MUNCH-HANSEN, T. WIECLAW, J.; AGERBO, E.; WESTERGAARD-NIELSEN, N.; BONDE, J. P. Global measure of satisfaction with psychosocial work conditions versus measures of specific aspects of psychosocial work conditions in explaining sickness absence. **BMC Public Health**, v. 8, n. 1, p. 270, 2008.

NOGUEIRA, C.; FERREIRA, D. C. Análise comparativa entre o Absenteísmo por doença de uma Universidade Federal e a Previdência Social. **Cognitio/Pós-Graduação Unilins**, n. 1, 2013.

PELLETIER, B.; BOLES, M.; LYNCH, W. Change in health risks and work productivity over time. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 46, n. 7, p. 746-754, 2004.

PEREIRA, M. V.; BORBA, E. M.; AZAMBUJA, M. I. R. Perfil dos trabalhadores afastados em benefício previdenciário, no Grupo Hospitalar Conceição. **Revista Momento & Perspectiva em Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, 2004.

PINHEIRO, R. P. **Riscos demográficos e atuariais nos planos de benefício definido e de contribuição definida num fundo de pensão**. 2005. 320 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/MCCR-6W9PQK/ricardo_pena_pinheiro.pdf?sequence=1> Acesso em: 02 jul. 2017.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absentismo em usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 62-7, 1982.

ROBBINS, S. P. Mudança organizacional e administração do estresse. **Comportamento Organizacional**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

ROELEN, C. A.; KOOPMANS, P. C.; SCHREUDER, J. A. H.; ANEMA, J. R.; VAN DER BEEK, A., J. The history of registered sickness absence predicts future sickness absence. **Occupational Medicine**, v. 61, n. 2, p. 96-101, 2010.

SALDARRIAGA, F.; FERNANDO, J.; MARTÍNEZ, L. Factores asociados al ausentismo laboral por causa médica en una institución de educación superior. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 25, n. 1, p. 33-39, 2007.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de saúde responsáveis pelo absentismo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Scientiarum*. **Health Sciences**, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2008a.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absentismo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 166-172, 2008b.

SOUSA, C. A. P.; MENDES, A. L. F. **O absentismo odontológico na empresa brasileira de correios e telégrafos**. 2008. Monografia (Especialização em Odontologia do Trabalho) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://odontologiadotrabalhotoscano.blogspot.com/2009/03/o-absenteismo-odontologico-na-empresa.html>> Acesso em: 07 jul. 2017.

TAYLOR, P. Some international trends in sickness medical. **British Medical Journal**, v. 12, p. 1950-58, 1999.