



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**



**Fatores associados ao presenteísmo em trabalhadores da indústria**

**ANA CLARA SOUZA PIE**

**SALVADOR (BAHIA), 2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,  
**Sistema de Bibliotecas da UFBA**

---

P613 Pie, Ana Clara Souza.

Fatores associados ao presenteísmo em trabalhadores da indústria /  
Ana Clara Souza Pie. - Salvador, 2016.

73 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia Pereira Fernandes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de  
Medicina da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e  
Trabalho, Salvador, 2016.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Trabalho.

Linha de pesquisa: Epidemiologia em Saúde, Ambiente e Trabalho.

1. Presenteísmo. 2. Condições de trabalho. 3. Avaliação da capacidade  
de trabalho. 4. Nível de saúde. 5. Estilo de vida. 6. Relações  
interpessoais. I. Fernandes, Rita de Cássia Pereira. II. Universidade  
Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. III. Título.

CDU: 614:613.6

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**



**Fatores associados ao presenteísmo em trabalhadores da indústria**

**ANA CLARA SOUZA PIE**

Professora orientadora: RITA DE  
CÁSSIA PEREIRA FERNANDES

Dissertação apresentada ao Mestrado de Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

**SALVADOR (BAHIA), 2016**

## **COMISSÃO EXAMINADORA**

### **Membros titulares:**

Dr. (a) Rita de Cássia Pereira Fernandes (Professora Orientadora), Professora da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Dr. Fernando Martins Carvalho, Professor da Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva.

Dr. (a) Norma Suely Souto Souza, Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / Universidade Federal da Bahia.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,  
mas lutei para que o melhor fosse feito. Não  
sou o que deveria ser, mas Graças a Deus,  
não sou o que era antes”.*

Marthin Luther King

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às indispensáveis contribuições obtidas pela orientação dos docentes Rita de Cássia Pereira Fernandes, Fernando Martins Carvalho e Lauro Antônio Porto, bem como às contribuições na banca examinadora, incluindo a professora Norma Sueli Souto Souza;

À instituição Serviço Social da Indústria pelo acesso aos dados dos trabalhadores industriais, bem como pelo investimento nessa formação e interesse na produção do conhecimento aqui apresentado.

## ÍNDICE

<b>I. RESUMO</b>	06
<b>II. INTRODUÇÃO</b>	08
<b>III. REVISÃO DE LITERATURA</b>	11
III.1 O presenteísmo	11
III.2 Avaliação do presenteísmo	15
III.3 Causas e consequências do presenteísmo para produtividade	19
III.4 Causas e consequências do presenteísmo para saúde e capacidade de trabalho	26
<b>IV. OBJETIVO</b>	35
<b>V. ARTIGO - Fatores Associados ao presenteísmo em trabalhadores da indústria</b>	36
<b>VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	54
<b>VII. ANEXOS</b>	64
Anexo A. Tabelas	64
Anexo B. ATD respondidas pelos trabalhadores antes da sua participação em PPS	68
Anexo C. Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa	73
Anexo D. Confirmação da submissão do artigo	76

## I. RESUMO

### FATORES ASSOCIADOS AO PRESENTEÍSMO EM TRABALHADORES DA INDÚSTRIA

O presenteísmo pode ser definido como estar no trabalho mesmo percebendo limitações que podem reduzir a capacidade laborativa. As limitações se expressam pelo sofrimento psíquico ou físico, comprometendo a saúde dentro e fora do trabalho. **Objetivo:** O presente estudo estimou a prevalência do presenteísmo e sua associação com características sociodemográficas, de estilos de vida, aspectos relacionais e condições gerais de saúde em trabalhadores da indústria. **Métodos:** Realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal com dados secundários de 2.093 trabalhadores da indústria. O desfecho foi categorizado como sem presenteísmo, presenteísmo baixo e alto. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, análise bruta e ajustada pelo Modelo de Poisson com variância robusta. **Resultados:** As variáveis associadas ao presenteísmo baixo foram: faixa etária até 30 anos (RP=1,32), escolaridade superior (RP=1,43), presença de dores e desconforto com duração de até sete dias e oito ou mais dias (RP=1,76 e 1,75, respectivamente) e qualidade do sono ruim (RP=1,17). Para o desfecho presenteísmo alto, as variáveis associadas foram faixa etária (RP=2,05), dores e desconforto com duração de até sete dias e oito ou mais (RP=5,24 e 10,94, respectivamente), estresse (RP=1,80) e sentimentos negativos em relação à vida (RP=1,83). **Conclusão:** Nesta população, ser mais jovem do que 30 anos, ter mais alta escolaridade, apresentar dor, dormir mal, sentir-se estressado e experimentar sentimentos negativos em relação à vida se associaram a maiores prevalências de presenteísmo. O presenteísmo pode evoluir para piora progressiva da saúde do trabalhador, portanto, identificá-lo precocemente e promover intervenções para reduzir seus determinantes é um desafio posto às organizações.



**Palavras-chave:** 1. Presenteísmo; 2. Condições de trabalho; 3. Avaliação da capacidade de trabalho; 4. Nível de saúde; 5. Estilo de vida; 6. Relações interpessoais.

## II. INTRODUÇÃO

O prejuízo à saúde dos trabalhadores gera uma rede de perdas para o indivíduo, a família, a empresa, o governo e a sociedade em geral (Yano & Souza, 2014). Alterações nas condições de saúde dos trabalhadores podem levar tanto à redução da capacidade ou incapacidade para o trabalho, quanto à perda produtividade, seja pelo absenteísmo ou presenteísmo (Prins, 2013).

“O absenteísmo e presenteísmo fazem parte de um *continuum* dentro do qual os trabalhadores transitam ao longo da vida” (Cancelliere et al., 2011, p.02). O absenteísmo é um problema conhecido, estudado e algumas vezes abordado nas práticas organizacionais. O mesmo não ocorre com o presenteísmo, geralmente tratado como empecilho para a produtividade, sem motivar discussões sobre questões de saúde relacionadas a este desfecho (Araújo, 2012).

O presenteísmo pode ser definido como estar no trabalho mesmo com a percepção de limitações que reduzem a capacidade laborativa (Johns, 2010; Yang et al., 2016). Tais limitações se expressam pelo sofrimento psíquico ou físico, comprometendo a saúde dentro e fora do trabalho (Araújo, 2012). O presenteísmo tem sido medido por meio do registro de dias em que o trabalhador, embora presente no local de trabalho sentisse que deveria estar ausente, devido à sua condição física, cognitiva ou emocional, portanto não se sentindo capaz de realizar as atividades laborais em sua plenitude (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergstrom et al., 2009; Conway et al., 2014).

A literatura internacional aponta duas concepções existentes sobre o presenteísmo. A primeira, predominante entre autores da Europa, estuda o desfecho sob uma perspectiva epidemiológica, concentrada nas características ocupacionais, responsáveis pelo estresse e adoecimento dos trabalhadores. A segunda, com origem em escolas americanas, porém não exclusivamente, investiga o impacto das doenças na produtividade dos trabalhadores e os custos relacionados a esta perda (Johns, 2010).

Na dimensão econômica, o presenteísmo expressa a redução da produtividade no trabalho devido a problemas de saúde, e, portanto, tem impacto financeiro para as organizações. Na lógica epidemiológica, é um desfecho mediado por questões pessoais e do contexto de trabalho, com impacto na condição de saúde do trabalhador (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005).

Estudos longitudinais têm apontado que a frequência do presenteísmo tem relação com a frequência e duração do absenteísmo de curto e longo prazo, (Bergstrom et al. 2009; Janssens, et al. 2013), morbidades como eventos coronarianos graves (Kivimaki et al., 2005), depressão (Conway et al., 2014) e *burnout* (Demerouti et al., 2008). Além disso, o presenteísmo frequente também pode ser precursor de incapacidade para o trabalho (Sanderson & Cocker, 2013).

Embora recentemente tenha emergido a discussão sobre as consequências positivas do presenteísmo dentro do processo de reabilitação profissional em um contexto laboral favorável e socialmente positivo (Sanderson & Cocker, 2013) sob condições de trabalho adequadas, esta não é uma concepção predominante nos estudos sobre o tema. Além disso, estar presente no trabalho, apesar de limitações de saúde, pode revelar a existência de compensações que resultam na percepção positiva do trabalhador acerca de estar presente e não o contrário. Esta não foi a perspectiva adotada neste estudo nem na maior parte dos estudos sobre presenteísmo.

O presenteísmo pode ter relação com fatores organizacionais e pessoais (Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergstrom et al., 2009; d'Errico, et al., 2013; Sanderson & Cocker, 2013) que interagem sobre a decisão do trabalhador acerca do seu comparecimento ou ausência. No geral, existe forte tendência em atribuir o presenteísmo às questões pessoais (Johns, 2010), embora alguns estudos tenham enfatizado questões organizacionais como principais preditores (McKevitt et al., 1997; Hansen & Andersen, 2008; Bergstrom et al., 2009).

Embora o apelo econômico contribua para crescente preocupação com a saúde dos trabalhadores, enfatizando o gerenciamento de casos para ganhos

em competitividade (Hemp, 2004), conhecer as características do presenteísmo entre trabalhadores pode trazer ganhos para a saúde e capacidade laboral, e prevenir o absenteísmo de longo prazo e a incapacidade, pela identificação precoce de sinais e sintomas.

No Brasil, o tema tem sido abordado em matérias de saúde e segurança, seminários e congressos, demonstrando a ascensão do uso desta terminologia nas organizações, muitas vezes mal compreendida e frequentemente expressando apenas suas repercussões na produtividade das organizações (Araújo, 2012). Nota-se que as publicações em periódicos nacionais são recentes.

Revisão realizada por Paschoalin et al. (2012), apontou que os estudos nacionais acerca da temática são ainda escassos, demonstrando necessidade de mais investigação. Os estudos internacionais convergem para o fato de que o presenteísmo é uma questão atual e frequente (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; Jena et.al., 2010; Heponiemi et al., 2010; Muckenhuber et al., 2013; Conway et al., 2014), e que pode ser uma estratégia para identificar precocemente problemas de saúde futuros, além de proporcionar reflexão sobre estressores organizacionais (Hemp, 2004; Sanderson & Cocker, 2013).

No contexto industrial, onde se inseriu este estudo, há crescente necessidade de demonstrar o impacto dos Programas de Promoção da Saúde (PPS), especialmente através de indicadores de saúde e produtividade, entre eles o presenteísmo. Considerando tal contexto, o presente estudo investigou a prevalência do presenteísmo e sua associação com características sociodemográficas, de estilos de vida, aspectos relacionais e condições gerais de saúde em trabalhadores da indústria.

### III. REVISÃO DA LITERATURA

#### III.1 O Presenteísmo

O presenteísmo é um fenômeno frequente nas organizações (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; Heponiemi et al., 2010; Jena et.al., 2010; d'Errico et al., 2013; Conway et al., 2014), descrito inicialmente pelo psicólogo Cary Cooper, professor especialista em gestão de riscos organizacionais da Universidade de Manchester, Reino Unido, na década de 90, como a relação entre o adoecimento e a perda de produtividade no trabalho (Flores-Sandí, 2006).

Anteriormente à década de 90, outros conceitos sobre o presenteísmo foram veiculados na literatura, mas sem relação com a dimensão da organização do trabalho (Araújo, 2012), o que contribuiu para incompreensão desta terminologia.

O tema começou a ganhar destaque no mundo corporativo após a publicação do pesquisador Paul Hemp (2004), na Revista Harvard Business Review. Nesse artigo, o autor abordou com grande ênfase os custos indiretos causados pelo presenteísmo, reflexo da perda de produtividade dos trabalhadores que frequentam o trabalho com algum comprometimento da saúde (Hemp, 2004).

O presenteísmo é conceituado de diferentes formas. Gary Johns (2010) identificou em revisão nove definições, que podem ser agrupadas em quatro categorias. Ao discutir tais conceitos, o autor sugere como mais pertinente, o proposto por Aronsson et al. (2000): ir ao trabalho enquanto doente.

A definição de Aronsson et al. (2000) não suscita precursores nem os efeitos do presenteísmo, considerando que essas dimensões (precursores e efeitos) devem ser estabelecidas empiricamente e não por definição, devido à singularidade de cada contexto de trabalho.

Entretanto, o conceito frequentemente encontrado em estudos empíricos (Aronsson & Gustafsson, 2005; Martinez et al., 2007; Paschoalin et al., 2012) é do pesquisador Paul Hemp, o qual define presenteísmo como estar no trabalho, mas devido a uma doença ou outra condição de saúde física ou mental, não estar plenamente produtivo. As perdas estão relacionadas a quantidade e qualidade do trabalho realizado (Hemp, 2004).

Recentemente, o conceito expandiu para refletir o fato de trabalhar percebendo limitação na condição física, cognitiva ou emocional, com ou sem perda de produtividade (Sanderson & Cocker, 2013). Esse foi o conceito utilizado no presente estudo.

O presenteísmo tem sido estudado nas perspectivas epidemiológica e econômica (Bergstrom et al., 2009), fundamentadas em duas fontes distintas, porém complementares (Johns, 2010). A primeira, proveniente de escolas europeias de Gestão, Epidemiologia e Saúde Ocupacional, concentra-se na insegurança no emprego, responsável pelo estresse e adoecimento dos trabalhadores, enfatizando características ocupacionais (Johns, 2010).

A segunda fonte, de escolas americanas também de Epidemiologia e Saúde Ocupacional, mas não exclusivamente, investiga o impacto das doenças na produtividade dos trabalhadores (Johns, 2010). É nesta linha de investigação que emerge a discussão sobre os interesses da indústria farmacêutica (financiadores de estudos nessa área), uma vez que as intervenções sugeridas para reduzir ou mitigar doenças comuns relacionadas ao presenteísmo são medicamentosas (Hemp, 2004; Johns, 2010).

Na perspectiva econômica, o presenteísmo expressa a redução da produtividade no trabalho devido a problemas de saúde, e, portanto, tem impacto financeiro para as organizações. Na lógica epidemiológica, é um desfecho mediado por questões pessoais e do contexto de trabalho, com impacto na condição de saúde do trabalhador, e que deveria ser clinicamente gerenciado (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010; Sanderson & Cocker, 2013; d'Errico et al., 2013).

Os pesquisadores têm sinalizado que o presenteísmo pode ter consequências tanto para empregadores, quanto para os trabalhadores.

Embora recentemente tenha emergido a discussão sobre as consequências positivas do presenteísmo dentro do processo de reabilitação profissional em um contexto laboral com demandas adaptadas e socialmente positivo (Sanderson & Cocker, 2013), esta não é uma concepção predominante nos estudos sobre o tema.

As consequências negativas do presenteísmo para o empregador são a perda de produtividade ou redução do desempenho, que pode levar a acidentes e redução da coesão da equipe (Aronsson & Gustafsson, 2005), refletindo em custos diretos e indiretos de saúde (Schultz & Edington, 2007). Para os trabalhadores, pode piorar a saúde e prolongar o tempo de recuperação, quando é necessário tratamento fora do ambiente de trabalho (Aronsson & Gustafsson, 2005).

O presenteísmo pode também ser precursor da incapacidade, portanto, é necessário entender sua manifestação clínica para identificar precocemente questões importantes para o afastamento de longo prazo e gerenciar os casos (Sanderson & Cocker, 2013).

Parece haver consenso que as pessoas não são produtivas todo o tempo, ao longo do dia (Brooks et al., 2010) e parte dessa redução do desempenho pode ser atribuído ao presenteísmo (Schultz & Edington, 2007). O desempenho nas atividades laborais, caracterizado pelo cumprimento de uma tarefa com demanda física, mental e social do trabalhador, pode ser influenciado pela dinâmica organizacional e/ou razões pessoais relacionadas ou não à saúde (Ogata, 2012), o que torna o presenteísmo um fenômeno complexo e multicausal. Estudos apontam que o trabalhador pode manter seu desempenho, mesmo na presença de algum problema de saúde, por meio de mais esforço e tempo, aumentando a gravidade da sua condição (Demerouti et al., 2008).

Paul Hemp (2004) alerta que o presenteísmo não é sinônimo de simulação, ou seja, não reflete o baixo desempenho relacionado ao uso do tempo de trabalho para outras atividades sem qualquer relação com adoecimento ou condições de saúde que limitam a capacidade laborativa. Portanto, encontramos também na literatura o uso do termo “presenteísmo por

doença”, ou “*sickness presenteeism*” (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergstrom et al., 2009).

Johns (2010) propôs um modelo dinâmico para explicar a relação entre as dimensões do contexto de trabalho e características pessoais sobre o presenteísmo e absenteísmo. Neste modelo, o autor pondera que mesmo plenamente engajado, os trabalhadores apresentarão em algum momento um evento de saúde. Os eventos de saúde são as manifestações do adoecimento ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença. A decisão entre ir ou não ao trabalho é influenciada por ambas as dimensões.

Na dimensão do contexto de trabalho, destacam-se os fatores organizacionais, os quais têm demonstrado associação mais forte com o presenteísmo comparado aos fatores pessoais (Bergstrom et al., 2009).

Entre os fatores organizacionais estão recursos insuficientes, a redução das organizações (*downsizing*), ausência de substituto, tarefas interdependentes, alta demanda, baixo controle, horas extras, trabalho em turnos, pressão por tempo, sistema de monitoramento do absenteísmo, tipo de vínculo de trabalho, cultura organizacional e nível de cooperação entre colegas (Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergstrom et al., 2009; d’Errico et al., 2013).

As características pessoais que se mostram associadas ao presenteísmo são a percepção de justiça, atitude conservadora em relação ao absenteísmo, uso de estratégias de enfrentamento (*coping*), autocontrole sobre a saúde e o próprio comportamento (lôcus de controle da saúde), ausência de limites pessoais, consciência, comprometimento, lealdade, competitividade e responsabilidade (Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergstrom et al., 2009; d’Errico et al., 2013; Sanderson & Cocker, 2013).

Os eventos de saúde mais frequentes relacionados ao presenteísmo podem ser agrupados em síndromes dolorosas, problemas respiratórios, problemas digestivos, problemas urinários e problemas emocionais. A presença de fatores de risco para saúde também se mostra relacionada ao presenteísmo (Ogata, 2012). A depressão tem sido fortemente associada ao desfecho, provavelmente devido à dificuldade de reconhecimento coletivo ou



do próprio trabalhador em divulgar sua situação de saúde e afastar-se do trabalho (Sanderson & Cocker, 2013).

### **III.2 Avaliação do presenteísmo**

Mensurar o presenteísmo é um desafio para as organizações, embora muitos instrumentos estejam disponíveis na literatura. Schultz & Edington (2007) em revisão de estudos sobre o tema relataram dez diferentes ferramentas relacionadas à saúde e produtividade e sugeriram a escolha baseada nas propriedades psicométricas, complexidade de aplicação e definição da avaliação. Essa é uma questão crítica para as pesquisas, especialmente ao quantificar a perda de produtividade monetariamente (Brooks et al., 2010).

Entre os instrumentos existentes, foram validados no Brasil o *Work Productivity and Activity Impairment – General Health* (WPAI-GH) (Ciconelli et al., 2006); o *Work Limitations Questionnaire* (WLQ) (Soaréz et al., 2007), o *Health and Work Performance Questionnaire* (HPQ) (Campos, 2011), e a *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) (Paschoalin et al., 2013). É importante ratificar que a quantidade de instrumentos disponíveis e utilizados nas pesquisas dificultam as comparações entre os estudos (Schultz & Edington, 2007; Brooks et al., 2010).

Observa-se que os instrumentos mais frequentes na literatura internacional são o WPAI, WLQ, HPQ, SPS-6 e questões abertas que avaliam o impacto da saúde na produtividade e/ou o fato de trabalhar com capacidade reduzida (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; Heponiemi et al., 2010; Conway et al., 2014). Além disso, não há consenso sobre o conceito do presenteísmo, muitas vezes utilizado como limitação autopercebida da capacidade para o trabalho, como sinônimo de perda de produtividade, e ainda simplesmente como trabalhar doente.

Em publicação do *Institute for Health and Productivity Management (IHPM)* (Lynch et al., 2011), os instrumentos WPAI, WLQ, e o SPS, entre outros menos habituais, são reportados em detalhes.

O WPAI, elaborado por Zbrozek & Tanner em 1993, mede o efeito dos problemas de saúde e doenças sobre a produtividade no trabalho e nas atividades regulares (Lynch et al., 2011). Também se propõe a medir o impacto financeiro das intervenções terapêuticas e de segurança no ambiente de trabalho. Essa ferramenta possui versões distintas para avaliar a saúde geral ou problemas específicos, tanto em formato de entrevista, quanto questionário autoadministrado.

O instrumento é composto por seis questões com período recordatório de sete dias. É questionado se o trabalhador está atualmente empregado, o número de horas perdidas no trabalho devido a problemas de saúde e por outros motivos, o número de horas realmente trabalhadas, e o quanto problemas de saúde afetam a produtividade no trabalho e a vida diária. Esse instrumento passou por validade de constructo no Brasil (Ciconelli et al., 2006).

As questões em horas são abertas e para as duas últimas o trabalhador responde em uma escala de 0 (os problemas de saúde não afetam o trabalho ou atividades da vida diária) a 10 (limitam completamente as atividades) (Ciconelli et al., 2006).

Posteriormente, as respostas são calculadas em proporção e geram quatro categorias: percentual de tempo de trabalho perdido devido a problemas de saúde (absenteísmo), percentual de prejuízo durante o trabalho (presenteísmo), percentual total de produtividade perdida (absenteísmo e presenteísmo) e percentual de prejuízo nas atividades da vida diária (Ciconelli et al., 2006).

Altos escores indicam ausência prolongada e redução da produtividade, e podem ser convertidos em valor monetário. O percentual total multiplicado pelo salário médio dos trabalhadores indica o custo com a perda de produtividade (Ciconelli et al., 2006).

O WLQ foi desenvolvido por Debra Lerner e Benjamin Amick em 1998 para avaliar o impacto de condições crônicas na performance e produtividade

dos trabalhadores, por meio de dois fatores: o grau de limitação relacionada à saúde na realização de demandas específicas de trabalho, e a produtividade perdida e custos associados a essas limitações (Lynch et al., 2011). Considera o absenteísmo e presenteísmo elementos de perda de produtividade (Soaréz et al., 2007).

No Brasil, o instrumento foi traduzido, adaptado e validado com medidas de consistência interna, face e conteúdo, por Soaréz et al. (2007). O questionário autoadministrado é composto por vinte e cinco itens e quatro domínios: gerência do tempo (cinco itens sobre dificuldade em cumprir horários e tarefas no tempo previsto), demanda física (seis itens sobre capacidade física), demanda mental-interpessoal (seis itens sobre dificuldade em realizar tarefas cognitivas e três sobre dificuldade de interação) e demanda de produção (cinco itens que avaliam a capacidade de entrega com qualidade e em quantidade necessárias em tempo hábil), com período recordatório de duas semanas.

Os escores obtidos em cada dimensão variam de 0 (sem limitação) a 100 (todo tempo com limitação). Após o cálculo dos escores é possível gerar o índice de limitação para o trabalho. Os resultados devem ser interpretados conforme indicado pelos autores do instrumento, que apontam o percentual de tempo com percepção de limitação para o trabalho em comparação a indivíduos saudáveis e estima a quantidade de horas adicionais que seriam necessárias para compensar a perda de produtividade referente a tal limitação (Soaréz et al., 2007).

O instrumento HPQ, concebido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde, foi elaborado por Kessler et al. (2003) para estimar os custos dos problemas de saúde em termos de redução da performance devido a problemas de saúde, absenteísmo e acidentes de trabalho (Kessler et al., 2003).

Essa ferramenta foi validada no Brasil por Campos (2011), a qual verificou a validade de face, conteúdo e consistência interna. O questionário avalia a prevalência e o tratamento de problemas de saúde atuais, consequências desses problemas no local de trabalho (absenteísmo,

desempenho e acidentes) e informações sociodemográficas básicas (Campos, 2011).

Há ainda a versão curta do instrumento, não validada no Brasil, frequente em estudos sobre o presenteísmo. Nesta versão, o período recordatório é de sete dias ou quatro semanas, a depender da questão. São utilizadas sete questões, das quais quatro referem-se ao absenteísmo, avaliado pelo total de horas trabalhadas e previstas nos últimos sete dias; dias perdidos por problemas de saúde, total ou parcial, no último mês. Três questões são relativas ao presenteísmo, avaliado em escala de 0 (pior) a 10 (melhor), avaliando o desempenho habitual, no último ano e geral (The World Health Organization, Health and Work Performance Questionnaire, 2016).

As medidas do absenteísmo e presenteísmo podem ser combinadas em um único escore de perda de produtividade, conforme orientações de uso do instrumento (The World Health Organization, Health and Work Performance Questionnaire, 2016).

O SPS-6, inicialmente elaborado com 32 itens por Kenneth R. Pelletier et al. (Lynch et al., 2011), foi validado por Koopman et al. (2002). O SPS foi desenvolvido para medir a habilidade dos trabalhadores em se concentrar e completar a tarefa, apesar do possível impacto de problemas de saúde no desempenho e produtividade. Paschoalin et al. (2013) validaram a versão curta deste instrumento para a população brasileira, avaliando a sua consistência interna. Entre os demais instrumentos existentes, este avalia exclusivamente o presenteísmo.

O SPS-6 é composto por seis questões avaliadas em escala Likert de concordância, variando de 1 a 5 (discordo totalmente a concordo totalmente), com período recordatório de 30 dias. A escala mede habilidades para se concentrar e executar o trabalho, apesar do problema de saúde, por meio de duas dimensões: finalizar o trabalho (causas físicas) e evitar a distração (causas psicológicas). As questões 1, 3 e 4, recebem pontuação decrescente (5 a 1), e as questões 2, 5 e 6, recebem pontuação crescente (1 a 5) (Paschoalin et al., 2013).

O escore final varia de 6 a 30, onde pontuações de 6 a 18 indicam redução do desempenho, e mais próximas a 30 correspondem a maior capacidade para o trabalho, apesar do problema de saúde. O SPS-6 apresentou boas qualidades psicométricas, sendo seu uso indicado para a população brasileira (Paschoalin et al., 2013).

Encontra-se na literatura internacional a avaliação do presenteísmo por meio de questão direta sobre o comparecimento do trabalhador, embora com limitações para realização das atividades laborais, como segue: “Nos últimos 12 meses você compareceu ao trabalho apesar de sentir que realmente deveria ter licença médica devido a seu estado de saúde?” ou “Quantos dias você foi trabalhar nos últimos 12 meses mesmo estando doente?”. As respostas geralmente são abertas e posteriormente categorizadas para avaliar as variáveis associadas ao presenteísmo e o impacto da frequência do presenteísmo sobre as condições gerais de saúde (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergstrom et al., 2009; Conway et al., 2014).

Além desses instrumentos, muitos outros estão disponíveis na literatura. Claramente, observa-se uma multiplicidade de ferramentas e conceitos, gerando resultados variados acerca do tema.

### **III.3 Causas e consequências do presenteísmo para produtividade**

Estudos como os de Boles et al. (2004), Pelletier et al. (2004), Pronk et al. (2004), Martinez et al. (2007), Gisbert et al. (2009), Hyeda & Handar (2011), Christensen et al. (2013), Coffeng et al. (2014) e Gandy et al. (2014), expressam a relação entre o presenteísmo e a perda de produtividade, relacionando esta perda às condições de saúde dos trabalhadores, com impacto importante para as organizações.

Essa tendência de pesquisa alinha-se à perspectiva econômica e busca demonstrar os custos relacionados ao adoecimento dos trabalhadores e a

perda de produtividade, seja pelo absenteísmo (perda total de produtividade) ou presenteísmo (perda parcial).

Boles et al. (2004) avaliaram em estudo transversal a associação entre o número de fatores de risco à saúde e a produtividade perdida (absenteísmo e presenteísmo) com amostra de 2.264 trabalhadores de uma grande empresa americana. Os participantes responderam um questionário sobre fatores de risco para saúde (*Health Risk Assessment* - HRA) e produtividade (WPAI-GH).

A prevalência do presenteísmo nos últimos sete dias nesta população foi de 26,3%. O risco de presenteísmo foi significativo entre as mulheres (OR=1,12) e para os que apresentaram os seguintes fatores de risco à saúde: dieta pobre (OR=1,52), inatividade física (OR=1,64), alto estresse (OR=2,08) e baixa realização emocional (OR=1,92) (Boles et al., 2004).

Os autores demonstraram forte relação entre a quantidade de fatores de risco à saúde e a prevalência do presenteísmo, a qual variou de 1,3% entre os que não apresentaram fatores de risco a 25,9% para os que tinham 8 ou mais, enfatizando condições pessoais para a prevalência do desfecho (Boles et al., 2004).

Para analisar a relação longitudinal entre alterações nos fatores de risco à saúde e mudanças na produtividade do trabalho, Pelletier et al. (2004) realizaram avaliação antes e após participação em ações de bem-estar com 500 trabalhadores de uma grande empresa americana. As ações de bem-estar foram oferecidas pelo setor de benefícios da empresa e incluíram uma variedade de intervenções, tais como: campanhas *on line* e *off line* de incentivo à mudança de comportamento, aconselhamento nutricional, ações de promoção da saúde e serviço de academia. Os participantes também receberam incentivo financeiro para participação.

A perda de produtividade no trabalho foi avaliada pelo *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire* (WPAI-GH), incluindo as medidas de absenteísmo e presenteísmo, em escala de 0 (sem limitação) a 10 (com limitação). Os fatores de risco à saúde foram analisados por um escore que avaliou 11 itens: dieta pobre, índice de massa corporal, colesterol, inatividade física, estresse, baixa realização emocional, pressão alta, hábito de fumar,

diabetes ou altos níveis de glicose sanguínea, e uso de álcool. As medidas foram repetidas entre 6 e 12 meses após a primeira avaliação e comparadas à medida inicial (Pelletier et al., 2004).

A média proporcional do presenteísmo na primeira avaliação variou entre 1%, para os que não apresentaram fatores de risco à saúde, e 30%, para os que apresentaram 8 riscos ou mais. A avaliação realizada após intervenção mostrou redução na média do presenteísmo entre os que reduziram 2 ou mais fatores de risco à saúde (-0,10%) e entre os que reduziram 1 fator de risco (-9,24). Para aqueles que aumentaram 1 fator de risco e 2 ou mais fatores de risco à saúde, o presenteísmo aumentou 4,09% e 0,89%, respectivamente (Pelletier et al., 2004).

Os fatores de risco à saúde que apresentaram redução significativa em relação à primeira medida foram dieta pobre (-6,6%;  $p < 0,001$ ), colesterol elevado (-31,6%;  $p < 0,001$ ) e alto estresse (-4,4%;  $p = 0,017$ ). A redução no presenteísmo foi 2% entre ambas as avaliações ( $p = 0,005$ ).

Os autores sugerem ao final do estudo que a situação de saúde pode influenciar a produtividade, e que mudanças comportamentais positivas podem também levar a melhoria na autoavaliação da produtividade no trabalho (Pelletier et al., 2004).

Em outro estudo sobre os fatores de risco, porém de corte transversal, Pronk et al. (2004) testaram a relação entre esses fatores modificáveis do estilo de vida (atividade física, aptidão cardiorrespiratória e obesidade) e desempenho no trabalho, avaliado pelo HPQ, com 683 trabalhadores de empresas americanas. As experiências de limitação para o trabalho nos últimos 30 dias devido a fatores físicos ou emocionais foram autoavaliadas por meio das questões sobre dias de trabalho perdidos, qualidade e quantidade do trabalho, esforço adicional para cumprir a atividade, convivência com colegas de trabalho e performance geral. As variáveis foram analisadas em escala contínua.

A melhor qualidade do trabalho foi associada à prática moderada de atividades físicas ( $p = 0,00$ ); a performance geral no trabalho foi associada à prática moderada ( $p = 0,00$ ) e vigorosa de atividades físicas ( $p = 0,00$ ); a

quantidade de trabalho realizada foi associada à melhor aptidão cardiorrespiratória ( $p=0,04$ ); e o menor esforço para realizar o trabalho foi também associado à melhor aptidão cardiorrespiratória ( $p=0,02$ ). Os resultados expressam que quanto melhor a condição física e os comportamentos de saúde dos trabalhadores, também são melhores os indicadores de performance no trabalho.

A obesidade foi associada com menor convívio com colegas de trabalho ( $p=0,01$ ) e dias de trabalho perdido ( $p=0,03$ ), que levam à redução da performance.

Os autores relatam que a atividade física parece ter relação com o domínio do presenteísmo (redução da produtividade enquanto no trabalho), o contrário da obesidade, que está no domínio do absenteísmo. Neste trabalho os autores indicam mais estudos para confirmar a relação entre estilo de vida e produtividade (Pronk et al., 2004).

Na perspectiva do ambiente de trabalho, Martinez et al. (2007) realizaram um estudo transversal com 158 trabalhadores de saúde portugueses, a fim de compreender a relação entre os conceitos de presenteísmo e comportamento organizacional positivo.

O presenteísmo foi avaliado pelo *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) e o comportamento organizacional, por meio da Escala de Esperança. O construto esperança foi tido como um “estado emocional positivo que resulta em sentimentos de sucesso e energia motivacional orientada para objetivos” (Martinez et al., 2007, p. 40).

Os resultados apontaram diferença significativa entre os grupos com baixa e alta esperança para ambas as dimensões avaliadas pelo SPS-6, trabalho completado ( $p=0,002$ ) e distração evitada ( $p=0,047$ ), com melhores escores entre os que referiram alta esperança. Os resultados apontaram que trabalhadores mais esperançosos têm menores índices de presenteísmo. Os autores sugerem que intervenções para melhoria da produtividade deveriam incrementar o capital psicológico positivo dos trabalhadores (Martinez et al., 2007).



Com ênfase em uma patologia específica, Gisbert et al. (2009) verificaram em estudo multicêntrico envolvendo 6 países europeus e 12.815 indivíduos diagnosticados com doença do refluxo gastresofágico (DRGE) por médicos da atenção primária, o impacto dessa condição crônica na produtividade do trabalho e da vida diária.

A produtividade foi avaliada pelo *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire for patients with GERD* (WPAI-GERD) (absenteísmo e presenteísmo), com período recordatório de 7 dias (Gisbert et al., 2009).

A prevalência de presenteísmo relacionado a DRGE variou entre 9,5% no Reino Unido e 20% na Noruega e Suécia. O total de horas semanais perdidas devido à redução de produtividade no trabalho (presenteísmo) variou entre 4,7 na Espanha e 7,7 na Suécia. Os custos estimados com a perda de produtividade também variaram entre os países, de 55 euros no Reino Unido a 273 euros na Suécia. Também foi observada redução na produtividade da vida diária em 26%. Os autores sugerem melhor gestão sobre os casos de DGRE para reduzir seus impactos na produtividade (Gisbert et al., 2009).

No Brasil, Hyeda & Handar (2011) analisaram o impacto de sintomas emocionais na produtividade, com ênfase na síndrome de *burnout*, entre 57 trabalhadores da enfermagem, em estudo transversal.

A produtividade foi avaliada pelo *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire General Health* (WPAI-GH) e pela *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6). Os sintomas emocionais selecionados aleatoriamente foram estresse, tristeza, ansiedade e falta de energia, e o *burnout* avaliado pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

A prevalência de presenteísmo por sintomas emocionais foi observada em 74% da população no geral, sendo 83% entre os positivos para *burnout* e 57% para os negativos. Também houve diferença significativa entre os grupos com e sem *burnout* nos scores do SPS-6, capacidade de concluir o trabalho ( $p=0,01$ ) e capacidade de concentração ( $p=0,05$ ) (Hyeda & Handar, 2011).

Christensen et al. (2013) em estudo de intervenção durante 12 meses, entre 2009 e 2010, com 144 trabalhadores de uma unidade de tratamento na

Dinamarca, com objetivo de avaliar os efeitos das intervenções no local de trabalho sobre indicadores de produtividade, presenteísmo e absenteísmo.

O presenteísmo foi definido como a perda de produtividade e redução da capacidade de trabalho, avaliados separadamente. A perda de produtividade foi autoavaliada pela questão: “Como você percebe sua produtividade no geral, nas 4 últimas semanas?”. As respostas variaram de 0 (pior) a 10 (melhor). A capacidade para o trabalho foi avaliada por um item do *Work Ability Index* (WAI), cujos resultados também variaram de 0 (pior) a 10 (melhor).

Quatro grupos foram formados: o grupo de intervenção, que incluiu um subgrupo alvo formado por pessoas com sobrepeso, e o grupo controle, também incluindo o subgrupo alvo. O grupo de intervenção participou de ações de saúde que incluíram dieta, atividade física e treinamento cognitivo comportamental. O grupo controle participou de ações educativas sobre os temas, durante 2 horas por mês. As avaliações foram repetidas 3 meses e 12 meses após o início das atividades.

Os resultados mostraram melhoria significativa apenas no indicador de produtividade ( $p=0,041$ ) após 3 meses no grupo de intervenção em relação ao grupo controle, mas após 12 meses a melhoria não se manteve. Os autores concluíram que intervenções isoladas de promoção da saúde não têm efeito sobre os indicadores avaliados, embora contribuam para saúde geral dos trabalhadores (redução de peso) e melhorem a produtividade no curto prazo (Christensen et al., 2013).

Em outro estudo de intervenção, realizado com 412 trabalhadores de escritório na Holanda, foi investigada a efetividade de mudanças no local de trabalho, realizadas no ambiente físico (criar zonas de convivência) e social (estimular a atividade física e relaxamento), em conjunto ou separadas, nos indicadores de absenteísmo, presenteísmo, performance e engajamento (Coffeng et al., 2014).

O presenteísmo foi avaliado pelo HPQ em duas dimensões: absoluta, performance atual em relação a melhor performance possível; e relativa, performance em relação aos colegas, ambas em escala de 0 (pior) a 100 (melhor). A performance foi também avaliada em período recordatório de 3

meses, com o *Individual Work Performance Questionnaire* (IWPQ) e o engajamento por meio do *Utrecht Work Engagement Scale*. Foram utilizados registros de absenteísmo durante o período de intervenção, após 6 e 12 meses (Coffeng et al., 2014).

Os resultados obtidos revelaram mudanças pequenas em alguns indicadores avaliados. Não foi observada mudança no presenteísmo absoluto ou relativo entre os grupos com intervenção, comparados ao grupo sem intervenção (Coffeng et al., 2014).

Trabalhadores (n=2629) de três empresas americanas participaram do estudo de coorte conduzido por Gandy et al. (2014) com o objetivo de avaliar a contribuição do bem-estar para os níveis de produtividade, mesmo no contexto de adoecimento (presenteísmo). Os trabalhadores foram analisados em dois subgrupos, o primeiro sem doença crônica e o segundo com diabetes no começo do seguimento.

O bem-estar foi avaliado pelo *Well-Being Assessment* (WBA), gerando o *Individual Well-Being Score* (IWBS). A produtividade foi avaliada pelo *Well-Being Assessment for Productivity* (WBA-P), em escala contínua de 0 (pior) a 100 (melhor). O HPQ foi utilizado para testar a sensibilidade do WBA-P (Gandy et al., 2014).

Os autores concluíram que o bem-estar foi o preditor mais significativo da produtividade transversalmente, em ambos os anos avaliados ( $p < 0,0001$ ). Longitudinalmente, mudanças no bem-estar contribuíram para mudanças na produtividade mesmo na presença de doença crônica ( $p < 0,0001$ ) (Gandy et al., 2014).

Os artigos apresentados têm em comum a avaliação de determinados comportamentos individuais sobre a produtividade. Ratificando estudos teóricos anteriores, várias ferramentas foram utilizadas para avaliação do presenteísmo. Há muitas questões não respondidas acerca do impacto dos comportamentos individuais sobre a produtividade, geralmente motivados por outros fatores relativos ao contexto de trabalho e socioeconômico, não explorados nesses artigos.

### **III.4 Causas e consequências do presenteísmo para saúde e capacidade de trabalho**

Outra tendência nos estudos sobre o presenteísmo aborda questões relativas às consequências sobre a saúde dos trabalhadores, com ênfase em aspectos organizacionais que estimulam a decisão sobre o comparecimento, embora em contexto de adoecimento.

Entre os estudos iniciais sobre o tema, McKevitt et al. (1997) avaliaram as taxas de absenteísmo e os motivos sobre a decisão de comparecimento entre 64 médicos, mesmo sentindo-se limitado, por meio de entrevistas qualitativas.

A falta de substituto, pacientes exclusivos, sobrecarga da equipe, questões éticas e pressão no trabalho foram os motivos citados com maior frequência para o comparecimento ao trabalho enquanto doente (McKevitt et al., 1997).

Estudo transversal realizado por entrevista telefônica com 3.372 trabalhadores suecos em 1997 avaliou a relação entre o presenteísmo por doença e absenteísmo por doença, ocupação, falta de substituição, condições de saúde, renda e redução da empresa (*downsizing*). Neste estudo, o presenteísmo foi avaliado por meio da questão: Nos últimos 12 meses você compareceu ao trabalho apesar de sentir que realmente deveria ter licença médica devido a seu estado de saúde? As respostas foram categorizadas em três níveis: 0, nenhum dia; 1, sim, 2-5 vezes; e 2, sim, mais que 5 vezes (Aronsson et al., 2000).

Os autores observaram prevalência do presenteísmo em mais de um terço (37%) dos entrevistados, sendo maior entre profissionais da educação e saúde (OR=2,16; IC=1,32-3,55; OR=1,93; IC=1,20-3,11), profissionais que não possuem substituição e precisam repor o trabalho no retorno (OR=2,29; IC=1,79-2,93). Embora não completamente analisadas, foram identificadas correlações entre presenteísmo e dores ( $p<0,001$ ), sintomas depressivos ( $p<0,001$ ) e com baixa renda ( $p<0,01$ ) (Aronsson et al., 2000).

Outro estudo com a mesma população de trabalhadores suecos de diferentes ocupações (n=3.136), mas não com os mesmos indivíduos, utilizando o mesmo método de avaliação para o presenteísmo, verificou sua relação com demandas de trabalho e pessoais. Aronsson & Gustafsson (2005) demonstrou que a autoavaliação de saúde negativa foi o preditor mais forte para o presenteísmo (OR 3,32; IC 2,71-4,07).

Outros fatores também foram associados positivamente ao desfecho: falta de substituição (OR=1,34; IC=1,08-1,65), falta de recursos para o trabalho (OR=1,66; IC=1,29-2,13), demandas conflitivas (OR=1,59; IC=1,18-2,14), baixo controle (OR=1,43; IC=1,16-1,76) e pressão por tempo (OR=1,83; IC=1,48-2,26), referentes ao contexto de trabalho (Aronsson & Gustafsson, 2005).

Além disso, os fatores pessoais também associados foram a dificuldade em negar demandas (OR=1,55; IC=1,20-2,01) e dificuldades financeiras (OR=1,68; IC=1,38-2,04). A prevalência do presenteísmo nesta população foi de 53% (Aronsson & Gustafsson, 2005).

Com o mesmo método para avaliação do presenteísmo utilizado por Aronsson et al. (2000), Hansen & Andersen (2008), avaliaram em estudo transversal a relação das características de trabalho e pessoais sobre a decisão de comparecimento, com 11.270 trabalhadores dinamarqueses. As variáveis independentes foram as condições de trabalho, situação familiar, atitudes em relação ao absentismo e questões sobre a situação de saúde.

A prevalência do presenteísmo foi 73%, entre os quais 38% com frequência de 2-3 vezes ao ano e 8% superior a cinco vezes ao ano. As características de trabalho associadas ao presenteísmo no modelo ajustado foram recursos insuficientes (OR=1,30), alta demanda (OR=1,22), possuir supervisor (OR=1,26), trabalhar mais que 45 horas por semana (OR=1,45), baixo suporte social (OR=1,24), trabalho em turnos (OR=1,16), empresas de menor porte (OR=1,49), e insegurança no emprego (OR=1,19) (Hansen & Andersen, 2008).

Entre as características pessoais destacaram-se maior cansaço doméstico (OR=1,40), número de filhos (OR=1,05), adoecimento do cônjuge (OR=1,09), leve (OR=1,34) e alto comprometimento com o trabalho (OR=1,49),

e atitude conservadora em relação ao absenteísmo (OR=1,21). Não foi observada relação entre os gêneros. O número de dias de afastamento também aumentou o risco de presenteísmo, assim como referir adoecimento (OR=1,44) ou problemas musculoesqueléticos (OR=1,29) (Hansen & Andersen, 2008).

Os autores sugeriram que o contexto de trabalho parece ser um pouco mais importante do que circunstâncias pessoais na determinação do presenteísmo, e, além disso, que houve forte relação entre o presenteísmo e o absenteísmo (Hansen & Andersen, 2008).

Estudo com 18.454 trabalhadores públicos da Finlândia, Heponiemi et al. (2010) avaliaram a associação entre insegurança no trabalho e presenteísmo. A insegurança no trabalho foi avaliada objetivamente pelo tipo de vínculo e subjetivamente pela percepção dos trabalhadores.

O presenteísmo foi avaliado com a mesma questão utilizada no estudo de Aronsson et al. (2000). A insegurança no trabalho foi medida por meio de quatro itens: aviso prévio, lay-off, demissão e transferência de setor. O tipo de contrato foi obtido pelos registros das empresas. Indicadores de saúde também foram avaliados, incluindo autoavaliação geral de saúde, indicadores de estilo de vida (fumo, alcoolismo e atividades físicas), estresse e otimismo (Heponiemi et al., 2010).

A prevalência do presenteísmo foi de 48%, com frequência de duas ou mais vezes ao ano. Foi também mais frequente entre os trabalhadores que apresentaram saúde pobre (97%), estresse (70%) e hábito de fumar (54%), com  $p < 0,001$ ; e tiveram escores negativos para consumo de álcool, atividade física e otimismo (Heponiemi et al., 2010).

Não houve diferença entre o presenteísmo de trabalhadores com vínculo permanente versus vínculo temporário, ajustado pelas covariáveis (OR=0,88; IC=0,77-0,99), ao contrário da insegurança subjetiva, que foi significativa para todas as faixas etárias analisadas (OR=1,19 a 1,49). Os autores apontam que a insegurança subjetiva é preditor mais forte para o presenteísmo do que o contrato de trabalho, e que os mais velhos são mais sensíveis à insegurança

subjetiva, pois percebem o risco de ser substituído por um trabalhador jovem (Heponiemi et al., 2010).

Um estudo transversal realizado no Brasil com 129 enfermeiros hospitalares verificou a associação entre estresse, *coping* e presenteísmo. A avaliação do estresse foi realizada pelo Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE), com itens que avaliaram relações, estressores e fatores intrínsecos ao trabalho; o *coping* foi avaliado pela Escala de *Coping* Ocupacional (ECO), com itens sobre controle, esquiva e manejo dos sintomas; e o presenteísmo por meio do *Work Limitations Questionnaire* (WLQ), avaliando as dimensões de gerência do tempo, demanda física, demanda mental-interpessoal e demanda de produção (Umann et al., 2014).

O estresse foi referido por 66,7% dos enfermeiros; o uso de estratégias de *coping* foram utilizadas por 87,6%; e a perda de produtividade foi referida por 75%. Houve relação significativa entre a intensidade do estresse e a perda de produtividade ( $r=0,416$ ;  $p<0,01$ ). Para esta população, o uso de estratégias de *coping* podem ter atenuado a intensidade do estresse referido (Umann et al., 2014).

Umann et al. (2014) apontam que a perda de produtividade pode ser ampliada em contextos de alta demanda, estresse e menor controle sobre as atividades, ainda que a tolerância ao trabalho seja um fator importante para manutenção da saúde e da capacidade laborativa.

Alguns estudos também têm demonstrado que o presenteísmo torna-se prejudicial quando há repetição ao longo do tempo, atuando como precursor de adoecimento.

Em estudo de coorte, Kivimaki et al. (2005) examinaram a relação entre a frequência do presenteísmo e eventos coronarianos, entre 4.746 trabalhadores homens de 20 departamentos de serviços públicos em Londres, entre 1985-1999. A linha de base foi formada por trabalhadores saudáveis ou não saudáveis, identificados pela autoavaliação geral de saúde e o escore obtido no *General Health Questionnaire* (GHQ). Esses trabalhadores atenderam aos critérios de elegibilidade inicial em relação ao absenteísmo e ocorrência prévia de eventos coronarianos.

O absenteísmo foi avaliado nos três anos subsequentes, pelos registros dos centros de pagamento. O presenteísmo foi atribuído aos trabalhadores que não apresentaram registros de afastamento e apresentaram perfil não saudável no começo do seguimento, representando 17% da população investigada.

Ao final do seguimento, em 1999, 128 trabalhadores apresentaram eventos coronarianos. O risco de apresentar o evento foi quase o dobro entre os trabalhadores presenteístas, ou seja, que eram não saudáveis e não tinham ausência do trabalho (RR=1,97; IC=1,02-3,83), quando comparado ao grupo de trabalhadores saudáveis, com ou sem ausência e trabalhadores não saudáveis com ausência, ajustado por covariáveis importantes. Os resultados sugerem que o presenteísmo foi preditor de eventos graves de saúde (Kivimaki et al. 2005).

Considerando que as demandas de trabalho e *burnout* podem levar ao presenteísmo e vice-versa, Demerouti et al. (2008) avaliaram a relação longitudinal entre essas variáveis, com uma amostra de 258 trabalhadores da enfermagem que responderam aos questionários em três momentos durante o estudo.

O método de avaliação do presenteísmo utilizou questão proposta por Aronsson et al. (2000). Foi avaliada a quantidade de demandas de trabalho, demandas dos pacientes, demandas físicas e autoavaliação geral de saúde. Para avaliar o *burnout* foi utilizado o questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Demerouti et al., 2008).

O estudo partiu das seguintes hipóteses: demandas de trabalho no T1<sup>1</sup> levam ao presenteísmo no T2; presenteísmo no T1 leva ao *burnout* no T2; *burnout* no T2 leva ao presenteísmo no T3, o que significa que esta relação é mútua; e que demandas de trabalho e *burnout* também possuem relações recíprocas (Demerouti et al., 2008).

Os resultados encontrados foram próximos aos esperados. As demandas de trabalho causaram mais presenteísmo, enquanto que a despersonalização (característica do *burnout*) foi resultado do presenteísmo ao

---

<sup>1</sup> Tempo da coleta de dados no estudo: T1 (começo), T2 (após 1 ano do T1) e T3 (após 6 meses do T2).



longo do tempo. A relação entre *burnout* e presenteísmo foi mútua e o uso de estratégias de enfrentamento levou a mais exaustão ao longo do tempo.

Os autores sugerem que o presenteísmo é um risco para a organização e que deveria ser prevenido dentro do ambiente de trabalho pelo seu efeito negativo sobre a saúde dos trabalhadores (Demerouti et al., 2008).

Outro estudo prospectivo conduzido com duas populações de trabalhadores dos setores público (n= 3.757) e privado (n=2.485) na Suécia investigou a relação entre o presenteísmo e absenteísmo futuro. O presenteísmo foi avaliado pela pergunta: “Nos últimos 12 meses você compareceu ao trabalho apesar de sentir que realmente deveria ter licença médica devido a seu estado de saúde?”. As respostas foram categorizadas em nunca ou uma vez, 2-5 vezes e mais que 5 vezes. Os dados de absenteísmo foram avaliados por meio de registros nos anos de 2002 e 2003, dicotomizados em menor ou igual a 30 dias e maior que 30 dias (Bergstrom et al., 2009).

Verificou-se que a frequência de presenteísmo superior a cinco vezes ao ano foi um fator de risco significativo para absenteísmo de longo prazo, em ambos os setores avaliados nos dois anos de seguimento (2002: RR 1,51 e 1,40; IC=1,10-2,08 e 1,17-1,69 e 2003: RR 1,49 e 1,29; IC=1,06-2,08 e 0,97-1,70, setor privado e público, respectivamente) (Bergstrom et al., 2009).

Os autores sugerem que mais estudos devem ser direcionados a explorar se o presenteísmo é fator de risco para o absenteísmo, independentemente do tipo de doença, e como as características de trabalho podem afetá-lo. Por exemplo, melhores condições de ajuste no ritmo de trabalho e possibilidades de lidar com problemas de saúde, em combinação com o suporte social, poderiam modificar o impacto do presenteísmo na saúde dos trabalhadores (Bergstrom et al., 2009).

Gustafsson & Marklund (2011) realizaram estudo de coorte para determinar se o presenteísmo e absenteísmo são fatores de risco para problemas de saúde futuros ou redução da capacidade de trabalho entre 2.181 suecos economicamente ativos.

Foram considerados presenteístas os trabalhadores que referiram o presenteísmo duas ou mais vezes ao ano, utilizando a mesma questão que

Aronsson et al. (2000). O absenteísmo foi autorreferido e considerado positivo quando superior a sete dias. Foram estudadas também a autoavaliação geral de saúde, queixas físicas, capacidade para o trabalho (*Work Ability Index - WAI*), bem estar mental, fatores socioeconômicos (sexo, idade, escolaridade e posição socioeconômica) e de trabalho (demanda, controle e latitude de decisão) (Gustafsson & Marklund, 2011).

Foi observado grande presenteísmo entre trabalhadores com menor escolaridade, meia idade e trabalhadores de produção. Não foi demonstrada relação clara entre sexo e nível educacional com o presenteísmo. No modelo final ajustado por todas as variáveis, incluindo o presenteísmo no início, foi verificado que o risco de saúde pobre (OR=1,67; IC=1,16-2,41), queixas físicas (OR=1,68; 1,16-2,43), redução da capacidade para o trabalho (OR=2,31; IC=1,59-3,36) e absenteísmo (OR=1,75; IC=1,13-2,71) foi maior entre os que apresentaram o desfecho anteriormente com frequência superior a duas vezes ao ano (Gustafsson & Marklund, 2011).

Os autores concluíram que o presenteísmo ocasional não teve impacto sobre os indicadores de saúde após um ano; que esse desfecho atuou como preditor de absenteísmo, mas o inverso não aconteceu; e que o presenteísmo foi preditor de problemas de saúde e redução da capacidade de trabalho (Gustafsson & Marklund, 2011).

Outro estudo de coorte avaliou a relação entre o presenteísmo e futuro adoecimento entre 7.455 trabalhadores suecos, acompanhados de 2008 a 2010 (Taloyan et al., 2012). Foi realizada autoavaliação geral de saúde e o presenteísmo foi identificado de forma similar a estudos anteriores (Aronsson et al., 2000). Um conjunto de covariáveis relacionadas às características sociodemográficas, fatores de trabalho, estilo de vida, fatores de saúde e exaustão emocional foram também utilizadas.

No começo do estudo a prevalência do presenteísmo foi 64,3%, entre os quais 51,3% foi de 1-7 dias e 13% mais de 7 dias. O presenteísmo acima de sete dias foi preditor de saúde abaixo do ideal (OR=1,64; IC=1,30-2,06) e absenteísmo (OR=1,46; IC=1,15-1,86) após dois anos, ajustado por todas as covariáveis, e essa associação foi mediada pela exaustão emocional, a qual

atenuou as associações para ambos os desfechos, indicando que as consequências para saúde estão fortemente relacionadas às questões de saúde mental (Taloyan et al., 2012).

Ao final do estudo, os autores sugerem que avaliar o presenteísmo poderia fornecer informações importantes para realização de intervenções precoces nas organizações com vistas a reduzir o risco de absenteísmo e problemas de saúde mais graves, especialmente relacionados à saúde mental (Taloyan et al., 2012).

Em dois anos de estudo prospectivo com 1.271 trabalhadores inicialmente não depressivos de diferentes locais de trabalho na Dinamarca, Conway et al. (2014) analisaram o impacto do presenteísmo no começo da depressão. O presenteísmo foi avaliado pela pergunta: “Quantos dias você foi trabalhar nos últimos 12 meses mesmo doente?”. A resposta foi aberta e posteriormente categorizada em 0, 1-7, e 8 ou mais vezes ao ano. A incidência da depressão foi avaliada pelo *Major Depression Inventory* (MDI), cujo ponto de corte para depressão foi de 20 pontos ou mais.

Entre os que relataram 8 ou mais dias de presenteísmo nos últimos 12 meses, observou-se mais que o dobro do risco de desenvolver depressão, comparados aos que não apresentaram tais episódios ao longo do ano, mesmo após ajuste por outras covariáveis e potenciais confundidoras (RR=2,45; IC=1,06-5,64) (Conway et al. 2014).

Na linha de base a prevalência do presenteísmo foi 58,5% e ao final do seguimento 57,9%. As características associadas à depressão foram: viver sozinho (OR=1,94; IC=1,09-3,46), autoavaliação negativa de saúde (OR=5,22; IC=2,73-9,96), índice de massa corporal <18,5 (OR=3,82; IC=1,07-13,65), insegurança no trabalho (OR=4,49; IC=2,38-8,46) e sinais de redução da saúde psicológica (OR=6,04; IC=3,57-10,23) (Conway et al., 2014).

Os autores apresentam três mecanismos pelos quais o presenteísmo pode levar à depressão. Primeiro, um ambiente psicossocial pobre no trabalho pode aumentar o risco de depressão, pois características adversas como alta demanda, baixo controle e pressão por tempo, por exemplo, podem limitar a capacidade de adaptação do esforço ao trabalho quando doente, o que tem

como consequência o aumento da fadiga e carga psicofisiológica (Conway et al., 2014).

Outra explicação para tal relação seria que estilos de vida inadequados (dieta pobre, sono ruim, baixa atividade física), podem desregular o organismo e aumentar a incidência de depressão. O terceiro mecanismo seria a redução da qualidade das relações com supervisores e colegas devido à redução da performance (qualidade e quantidade do trabalho), o que levaria a respostas fisiológicas adversas (Conway et al., 2014).

Em síntese, os autores apontam que o presenteísmo é negativo e deveria ser evitado nas organizações. Aspectos do contexto de trabalho precisam ser levados em consideração, tendo em vista a sua elevada contribuição sobre a decisão de comparecimento dos trabalhadores, ainda que estejam se sentindo doentes.

#### **IV. OBJETIVO**

Estimar a prevalência do presenteísmo e sua associação com características sociodemográficas, de estilos de vida, aspectos relacionais e condições gerais de saúde em trabalhadores da indústria.

## V. ARTIGO

### FATORES ASSOCIADOS AO PRESENTEÍSMO EM TRABALHADORES DA INDÚSTRIA<sup>2</sup>

Ana Clara S. Pie

Rita de Cássia P. Fernandes

Fernando M. Carvalho

Lauro A. Porto

#### Resumo

O presenteísmo pode ser definido como estar no trabalho mesmo percebendo limitações, físicas ou psíquicas, que podem reduzir a capacidade laborativa. Neste estudo, o presenteísmo foi medido por meio do Índice de Limitação Percebida para o Trabalho (ILPT), composto pelas respostas positivas para falta de vontade, falta de concentração e indisposição ou desânimo para o trabalho, em conjunto com o absenteísmo negativo. Estimou-se a prevalência do presenteísmo e sua associação com características sociodemográficas, de estilos de vida, aspectos relacionais e condições gerais de saúde em 2.093 trabalhadores da indústria, na Bahia. Utilizou-se na análise multivariada o modelo de Poisson com variância robusta para estimar a magnitude das associações por meio da razão de prevalências. Nesta população, ser mais jovem do que 30 anos, ter mais alta escolaridade, apresentar dor, dormir mal, sentir-se estressado e experimentar sentimentos negativos em relação à vida se associaram a maiores prevalências de presenteísmo. O presenteísmo pode evoluir para piora progressiva da saúde do trabalhador, portanto, identificá-lo precocemente e promover intervenções para reduzir seus determinantes é um desafio posto às organizações.

---

<sup>2</sup> Artigo submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública, conforme Anexo D.

**Palavras-chave:** Presenteísmo; Condições de trabalho; Nível de saúde; Estilos de vida; Relações interpessoais.

## **Abstract**

The presenteeism can be set to be at work even perceiving limitations, physical or mental, which can reduce working capacity. In this study, presenteeism was measured by the Perceived Limitation for Work Index (ILPT), composed of the positive responses to lack of will, lack of concentration and illness or discouragement to work together with the negative absenteeism. It estimated the prevalence of presenteeism and its association with sociodemographic characteristics, lifestyles, interpersonal aspects and general health conditions in 2,093 industrial workers in Bahia. It was used in the multivariate analysis the Poisson model with robust variance to estimate the magnitude of the association by reason of prevalence. This population is younger than 30 years, have higher levels of education, experience pain, sleep poorly, feel stressed and experience negative feelings about life were associated with higher prevalence of presenteeism. The presenteeism may progress to progressive worsening of workers' health therefore identify it early and promote interventions to reduce their determinants is a challenge posed to organizations.

**Keywords:** Presenteeism; Work conditions; Health status; Life styles; Interpersonal relations.

## **Introdução**

O prejuízo à saúde dos trabalhadores gera uma rede de perdas para o indivíduo, a família, a empresa, o governo e a sociedade em geral (Yano & Souza, 2014). Alterações nas condições de saúde dos trabalhadores podem levar à redução da capacidade ou incapacidade para o trabalho, e conseqüentemente à perda de produtividade, seja pelo absenteísmo ou presenteísmo (Prins, 2013).

“O presenteísmo e o absenteísmo fazem parte de um *continuum*, dentro do qual os trabalhadores transitam ao longo da vida” (Cancelliere et al., 2011, p. 02). O absenteísmo é um problema conhecido, estudado e algumas vezes abordado nas práticas organizacionais. O mesmo não ocorre com o presenteísmo, geralmente tratado como empecilho para a produtividade, sem motivar discussões sobre questões de saúde relacionadas a este desfecho (Araújo, 2012).

O presenteísmo pode ser definido como estar no trabalho mesmo percebendo limitações que reduzem a capacidade laborativa (Johns, 2010; Yang et al., 2016). Tais limitações se expressam pelo sofrimento psíquico ou físico, comprometendo o bem-estar dentro e fora do trabalho (Araújo, 2012). O presenteísmo tem sido medido por meio do registro de dias em que o trabalhador, embora presente no local de trabalho sentiu que deveria estar ausente, devido à sua condição física, cognitiva ou emocional, portanto não se sentindo capaz de realizar as atividades laborais em sua plenitude (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergstrom et al., 2009; Conway et al., 2014).

A literatura internacional aponta duas concepções sobre o presenteísmo. A primeira, predominante entre autores europeus, estuda o desfecho sob uma perspectiva epidemiológica, centrada nas características ocupacionais, responsáveis pelo estresse e adoecimento dos trabalhadores. A segunda, com origem em escolas americanas, porém não exclusivamente, investiga o impacto das doenças na produtividade dos trabalhadores e os custos relacionados a esta perda (Johns, 2010).

Na lógica epidemiológica, é um desfecho mediado por questões pessoais e do contexto de trabalho, com impacto na condição de saúde do trabalhador. Na dimensão econômica, o presenteísmo expressa a redução da produtividade no trabalho devido a problemas de saúde, e, portanto, tem impacto financeiro para as organizações (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005).

Estudos longitudinais têm apontado que a frequência do presenteísmo tem relação com a frequência e duração do absenteísmo de curto e longo



prazo (Bergstrom et al., 2009; Janssens, et al., 2013), morbidades como eventos coronarianos graves (Kivimaki et al., 2005), depressão (Conway, et al. 2014) e *burnout* (Demerouti et al., 2009). Além disso, o presenteísmo frequente também pode ser precursor de incapacidade para o trabalho (Sanderson & Cocker, 2013).

Embora recentemente tenha emergido a discussão sobre as consequências positivas do presenteísmo dentro do processo de reabilitação profissional em um contexto laboral favorável e socialmente positivo (Sanderson & Cocker, 2013), sob condições de trabalho adequadas. Nessas condições, estar presente no trabalho, apesar de limitações de saúde, poderia revelar a existência de compensações no ambiente laboral que resultassem na permanência do trabalhador e uma percepção positiva acerca de estar presente. Entretanto, esta não foi a perspectiva adotada neste estudo nem na maior parte dos estudos sobre presenteísmo.

O presenteísmo pode ter relação com fatores organizacionais e pessoais (Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergstrom et al., 2009; d'Errico, et al., 2013; Sanderson & Cocker, 2013) que interagem sobre a decisão do trabalhador acerca do seu comparecimento ou ausência ao trabalho. No geral, existe tendência em atribuir o presenteísmo a questões pessoais (Johns, 2010), embora alguns estudos tenham enfatizado questões organizacionais como principais preditores (Mckevitt et al., 1997; Hansen & Andersen, 2008; Bergstrom et al., 2009).

No Brasil, o presenteísmo tem sido abordado em publicações técnicas na área de saúde e segurança, em seminários e congressos, demonstrando a ascensão do uso desta terminologia nas organizações, muitas vezes mal compreendida e frequentemente expressando suas repercussões na produtividade das organizações (Araújo, 2012). Nota-se também que as publicações em periódicos nacionais são recentes.

Embora os estudos nacionais acerca da temática sejam escassos (Paschoalin et al., 2012), a literatura internacional evidencia que o presenteísmo é uma questão atual e frequente (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; Heponiemi et al., 2010; Jena et al., 2010;

Muckenhuber et al., 2013; Conway, et al. 2014), e que seu estudo pode favorecer a identificação precoce de problemas de saúde, além de proporcionar reflexão sobre estressores organizacionais (Hemp, 2004; Sanderson & Cocker, 2013).

Assim, conhecer as características do presenteísmo entre trabalhadores pode trazer ganhos para a saúde e capacidade laboral, e prevenir o absenteísmo de longo prazo e a incapacidade, pela identificação precoce de queixas.

No contexto industrial, onde se realizou este estudo, há crescente necessidade de demonstrar o impacto dos Programas de Promoção da Saúde (PPS), e a medida do presenteísmo pode contribuir para elucidar uma morbidade ou situação de desconforto e inadaptação laboral que não pode ser identificada por meio dos indicadores de absenteísmo. Considerando tal contexto, o presente estudo investigou a prevalência do presenteísmo e sua associação com características sociodemográficas, de estilos de vida, aspectos relacionais e condições gerais de saúde em trabalhadores da indústria.

## **Métodos**

Realizou-se estudo epidemiológico de corte transversal com dados provenientes da base de dados do Sistema de Gestão do Lazer (SGL), pertencente ao Serviço Social da Indústria/Departamento Regional da Bahia (SESI/DR-BA). A base de dados foi formada pelas Avaliações Técnicas Diagnósticas (ATD) respondidas pelos trabalhadores, antes da sua participação em Programas de Promoção da Saúde (PPS) no ambiente de trabalho, no ano de 2013.

Foram incluídos no estudo todos os registros de trabalhadores de Indústrias atendidas na Bahia pelos PPS e que responderam integralmente as ATD. Foram excluídos os registros dos trabalhadores provenientes de empresas não industriais e aqueles que referiram ausência do trabalho nos últimos 30 dias, por descaracterizar o desfecho de interesse, que é a presença ao trabalho, embora percebendo-se com limitações para executar suas tarefas.

Os dados foram coletados conforme padrões específicos do SESI/DR-BA, os quais definem a conduta do avaliador e forma de aplicação das ATD (Serviço Social da Indústria, 2011). Em cada empresa participante dos PPS, utilizou-se amostra não aleatória dos trabalhadores.

Procedimentos utilizados no momento da coleta asseguraram a participação voluntária, o anonimato e o sigilo das informações. O instrumento utilizado na coleta de dados foi elaborado pela própria instituição para verificar o perfil de estilo de vida do trabalhador antes e após intervenção dos PPS. O referido instrumento é composto por 30 questões, das quais 21 foram utilizadas para o presente estudo.

O presenteísmo foi medido por meio de três questões que constituíram o Índice de Limitação Percebida para o Trabalho (ILPT). Este índice foi inspirado na ferramenta *Stanford Presenteeism Scale - 6* (SPS-6), cujas dimensões físicas e psicológicas demonstram a capacidade de manter-se no trabalho, mesmo percebendo alguma limitação para desempenhar as atividades laborais (Koopman et al., 2002). As questões utilizadas correspondem aos componentes cognitivo e emocional que refletem sentimentos negativos em resposta às situações de trabalho (Martinez & Paraguay, 2003): “*Nos últimos 30 dias, em quantos dias você não sentiu vontade de vir ao trabalho?*”; “*Nos últimos 30 dias, em quantos dias você se sentiu indisposto ou sem ânimo (energia) para realizar tarefas que o seu trabalho exige?*”; “*Nos últimos 30 dias, em quantos dias você sentiu dificuldade para se concentrar no trabalho?*”. Essas questões possuíam quatro opções de resposta em escala Likert, as quais receberam pontuação de 0 a 3, representando as respostas 0 = “*nenhum*”, 1 = “*1 a 2 dias*”, 2 = “*3 a 7 dias*” e 3 = “*8 ou mais dias*”

Foi utilizado como critério de exclusão a questão sobre absentismo: “*Nos últimos 30 dias, em quantos dias você precisou pedir afastamento do trabalho por motivos de saúde (com ou sem licença médica)?*”. Apenas os trabalhadores que referiram não se ausentar do trabalho foram mantidos para caracterizar o desfecho.

O ILPT final foi obtido a partir da soma das pontuações das três questões e variou de 0 a 9. Quanto maior o resultado, maior a limitação percebida para exercer as atividades laborais.

As variáveis independentes utilizadas, considerando-se a plausibilidade das possíveis associações, foram as características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e estado civil), de estilos de vida (hábito de fumar, consumo de álcool, consumo alimentar e prática de atividades físicas), condições gerais de saúde (avaliação geral de saúde, dores e desconforto corporal, qualidade do sono e estresse), e aspectos relacionais (qualidade dos relacionamentos, sentimentos em relação à vida e nível de adaptação e integração ao ambiente). Houve categorização das variáveis conforme se segue.

Variáveis sociodemográficas: idade (corte na mediana, 30 anos); escolaridade, *com ensino superior* e *sem ensino superior* (fundamental incompleto; fundamental completo; médio completo); e estado civil, *com parceiro* (casado ou vivendo com parceiro) e *sem parceiro* (solteiro, viúvo, desquitado ou divorciado).

Características de estilos de vida: hábito de fumar, categorizado em *não*, quando os trabalhadores referiram nunca fumar ou ser ex-fumante; e *sim*, quando referiram fumar, independentemente da quantidade. A prática de atividades físicas no lazer, conforme recomendação do Colégio Americano de Medicina Esportiva (Garber et al., 2011), foi categorizada em *suficiente*, quando os trabalhadores referiram praticar três ou mais vezes por semana, e *insuficiente*, quando houve resposta negativa ou quando a prática foi de duas ou menos vezes por semana. O consumo alimentar, conforme orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Ministério da Saúde, 2014), foi categorizado em *recomendado*, quando houve referência ao consumo semanal habitual de quatro vezes ou mais de alimentos *in natura* (frutas e verduras), e sem consumo de alimentos *ultraprocessados* (refrigerantes); e *não recomendado*, quando as respostas foram o consumo semanal inferior ou igual

a três vezes por semana de alimentos *in natura* e quando houve qualquer consumo de alimentos *ultraprocessados*. O consumo excessivo de álcool em uma única ocasião, conhecido como *binge drink*, foi definido conforme recomendações do Centro de Controle e Prevenção de Doenças, sendo positivos quando os trabalhadores referiram consumo de cinco ou mais doses na mesma ocasião (Centers for disease control and prevention, 2016).

Condições gerais de saúde: as respostas das variáveis autoavaliação geral de saúde, qualidade do sono e estresse foram dicotomizadas, respectivamente, em: *excelente/bom* e *regular/ruim*; *sempre/quase sempre dorme bem* e *às vezes/nunca/raramente dorme bem*; *raramente/às vezes estressado* e *quase sempre/sempre estressado*. A variável sobre a frequência de dores e desconforto foi categorizada em três níveis: *nenhum dia*, *1 a 7 dias* (1 a 2 e 3 a 7 dias), e *mais de 7 dias*.

Aspectos relacionais: as respostas foram dicotomizadas conforme segue. Qualidade dos seus relacionamentos, *excelente/bom* e *regular/ruim*; sentimento em relação à vida, *positivo* (se sente muito bem/bem) e *negativo* (se sente mal/muito mal); e nível de integração e adaptação ao ambiente, *excelente/bom* e *regular/ruim*.

Foram considerados positivos para o presenteísmo os trabalhadores que apresentaram ILPT acima de 1 ponto e não relataram afastamento do trabalho por motivos de saúde nos últimos 30 dias, portanto que compareceram ao trabalho mesmo com limitação emocional, física e/ou cognitiva (falta de vontade, indisposição/desânimo ou falta de concentração).

O presenteísmo foi categorizado em dois níveis de gravidade: escores 1 a 4, baixo; e escores 5 a 9, alto. O grupo com escore 0 foi utilizado como grupo de referência, equivalente ao presenteísmo negativo.

A análise dos dados foi realizada no programa R, versão 3.1.3. Inicialmente foi realizada a etapa descritiva das variáveis independentes e das que compuseram o desfecho, bem como dos escores obtidos pela consolidação do ILPT. A análise bivariada foi iniciada com a construção de tabelas  $k \times 3$ , e em seguida, foram calculadas as razões de prevalências e intervalos de confiança (associação bruta).

A variável dependente (presenteísmo) foi construída em escala ordinal, motivo pelo qual foi utilizado um modelo de regressão logística ordinal. Como os modelos log-binomiais separados apresentaram problemas de convergência (pelo menos uma estimativa de parâmetro infinita), optou-se por ajustar modelos de regressão de Poisson robustas separadas (Coutinho et al., 2008; Papaléo, 2009; Camey et al., 2014) para se estimar a magnitude das associações por meio da razão de prevalências, uma vez que a prevalência do presenteísmo mostrou-se relativamente comum.

Assim, na análise multivariada, as categorias baixo e alto presenteísmo foram analisadas separadamente em relação ao presenteísmo negativo. A variável hábito de fumar foi excluída do modelo exploratório em virtude da baixa proporção de trabalhadores tabagistas.

Utilizando os coeficientes estimados para cada variável independente do modelo, foi calculada a RP, bem como seus respectivos intervalos de confiança, em nível de 95%, para verificar a magnitude do efeito e a precisão dos dados em relação à população investigada, bem como compará-las aos resultados da análise bivariada.

Foi conduzida análise de resíduos a fim de verificar a dispersão das observações em torno do esperado, demonstrando a qualidade do ajuste dos dados ao modelo utilizado.

Embora a população estudada não tenha origem em amostra aleatória, foi utilizada inferência estatística para demonstrar a precisão das estimativas encontradas, por meio de intervalos de confiança, considerando um suposto cenário de aleatorização. Conforme Rothman (2008), nesses casos, a inferência estatística serve como uma estimativa mínima da real incerteza sobre o objeto de estimação. Desta forma, adotou-se uma posição crítica e uma interpretação parcimoniosa dos resultados da inferência estatística.

Os aspectos éticos foram cumpridos em consonância com a Resolução 466/2012, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, conforme parecer 950.362.

## Resultados

A população foi constituída por 2.093 trabalhadores industriais, em sua maioria homens (63,5%), com idade entre 16 e 81 anos ( $dp=9,5$ ) e média de 31,4 anos (dados não mostrados). A maioria relatou ser casado (53,7%) e não possuir ensino superior (82%) (Tabela 1).

Apenas 3,6% referiram fumar, 23% consumir excesso de álcool na mesma ocasião, 95,4% hábitos alimentares não recomendáveis e 72,4% apresentaram atividade física no lazer insuficiente.

A prevalência de dores e desconforto corporal para realização das atividades de trabalho foi alta, relatada por 48,8% ( $n=1.022$ ) dos sujeitos. A duração da dor variou de 1 a mais de 8 dias, com maior proporção entre os que relataram até 7 dias, no último mês (42,5%;  $n=890$ ) (dados não mostrados).

A avaliação geral de saúde *regular/ruim*, qualidade do sono comprometida e estresse, apresentaram prevalência de 16% ( $n=334$ ), 36,6% ( $n=766$ ) e 11,8% ( $n=248$ ), respectivamente. Por outro lado, mais de 90% dos sujeitos avaliados demonstraram aspectos relacionais positivos.

Foi observada alta prevalência das limitações cognitiva, emocional e física em relação ao trabalho, avaliada pelas questões que compuseram o ILPT: falta de vontade de ir ao trabalho (36,3%;  $n=760$ ), indisposição ou desânimo para realizar as tarefas de trabalho (44,6%;  $n=934$ ) e falta de concentração no trabalho (34,9%;  $n=730$ ), nos últimos 30 dias.

A prevalência do presenteísmo geral entre os trabalhadores da indústria foi de 57,6%, com escore do ILPT entre 1 e 9.

As tabelas 2 e 3 descrevem de forma separada os resultados para presenteísmo baixo (Tabela 2) e alto (Tabela 3) em relação à categoria de referência, presenteísmo negativo (escore=0).

As variáveis associadas ao presenteísmo baixo foram: faixa etária até 30 anos, escolaridade superior, presença de dores e desconforto e qualidade do sono comprometida. Estresse e qualidade ruim dos relacionamentos apresentarem  $RP \geq 1,15$ .

Para o desfecho presenteísmo alto, as variáveis associadas foram faixa etária, dores e desconforto, estresse e sentimentos negativos em relação à vida. Escolaridade, qualidade do sono e dos relacionamentos ruins, tiveram associação positiva ( $RP \geq 1,40$ ).

Nenhuma das características de estilos de vida manteve-se associada ao desfecho ou apresentaram estimativas fracas, assim como as variáveis sexo, estado civil, autoavaliação geral de saúde e nível de integração e adaptação ao ambiente.

## **Discussão**

No presente estudo foi observada alta prevalência do presenteísmo entre os trabalhadores da indústria (57,6%), sendo 49,8% presenteísmo baixo e 7,8% presenteísmo alto. As características associadas ao desfecho presenteísmo baixo e/ou alto foram faixa etária menor ou igual a 30 anos, ensino superior completo, referir dor ou desconforto, qualidade do sono comprometida, estresse, relacionamentos ruins e sentimentos negativos em relação à vida.

A alta prevalência do presenteísmo encontrada foi compatível com estudos que analisaram diferentes populações, mesmo com a utilização de diferentes instrumentos (Aronsson et al., 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; Heponiemi et al., 2010; Jena et al., 2010; Muckenhuber et al., 2013; Conway, et al. 2014), demonstrando ser um fenômeno comum (Aronsson & Gustafsson, 2005).

Estudos prévios apontam alta prevalência do presenteísmo em ocupações relacionadas ao cuidado e educação (Aronsson et al., 2000), as quais são caracterizadas pelo atendimento a pessoas dependentes ou clientes vulneráveis (Johns, 2010; d'Errico, et al., 2013), ou por suprir alguma necessidade humana (Aronsson et al., 2000). Embora esse não seja o perfil dos trabalhadores industriais, tais estudos também relacionam a alta prevalência do presenteísmo a ocupações que combinam fatores de riscos



ocupacionais, alta carga de trabalho, estresse, baixos salários e maior absenteísmo (Aronsson et al., 2000).

Embora algumas pesquisas apontem maior prevalência de presenteísmo entre os mais velhos, associada com maior vulnerabilidade quanto à insegurança no emprego e maior dificuldade de recolocação no mercado de trabalho (Heponiemi et al., 2010; Bierla et al., 2011), no presente estudo verificou-se maior prevalência entre os mais jovens.

Entre os trabalhadores industriais, a faixa etária foi relevante para o presenteísmo, cuja RP ajustada foi 1,32 e 2,05, respectivamente nos níveis de gravidade baixo e alto, ou seja, os mais jovens são aqueles mais expostos ao presenteísmo e essa associação aumenta no desfecho de maior gravidade.

Fatores que podem explicar tal resultado são as características relativas ao vínculo de trabalho entre jovens, geralmente temporário, o que pode levar ao excesso de comprometimento como forma de garantir espaço no mercado de trabalho, ou seja, a sustentabilidade do emprego. Portanto, os jovens tendem a referir maior limitação para o trabalho nos últimos 30 dias, embora permaneçam trabalhando (Heponiemi et al., 2010; Bierla et al., 2011).

O excesso de comprometimento também pode ser resultado da “cultura do presenteísmo” nas organizações, onde a falta é evitada devido à forte competitividade, e a presença assídua é critério de valorização na carreira, e pode representar mecanismo de pressão para que o trabalhador evite o afastamento apesar das suas limitações (Sasaki, 2013; Sendén et al., 2013). Essa cultura reflete também a conduta de líderes e supervisores, os quais deixam ambiguidade sobre a decisão que o trabalhador deve tomar quando não se sente apto para realizar suas atividades, ou também eles próprios não se afastam do trabalho por motivo de doença, perpetuando esse comportamento pelo exemplo dado aos subordinados (Demerouti et al., 2009; Bierla et al., 2011).

É preciso ponderar a possibilidade de afastamento dos trabalhadores mais velhos, uma vez que a frequência do presenteísmo pode atuar como preditor de absenteísmo (Bergstrom et al., 2009; Taloyan et al., 2012).

Não era esperado para esta população maior presenteísmo entre os mais bem escolarizados, relevante para os níveis baixo e alto, como revelam as RP de 1,43 e 1,50, respectivamente. Outros estudos não mostraram clara relação entre escolaridade e presenteísmo (Aronsson & Gustafsson, 2005; Taloyan et al., 2012; Bielecky, 2015).

No caso do Brasil, para algumas profissões, o nível de escolaridade não significa melhores cargos e salários, como encontrado em estudo com agentes penitenciários (Fernandes et al., 2002), o que é provável também para o trabalho industrial. Entretanto, mesmo que os mais bem escolarizados ocupem cargos de liderança ou supervisão, aspectos ligados à responsabilidade (Muckenhuber et al., 2013) e falta de substituição (Mckevitt et al., 1997; Aronsson & Gustafsson, 2005; Bockerman & Laukkanen, 2009; Braakman-Janssen et al., 2012), por exemplo, estão relacionados ao comparecimento ao trabalho, refletindo também o esforço de sustentabilidade do emprego ou cargo.

A dor mais prolongada (com duração maior ou igual a 8 dias) foi fortemente associada à limitação percebida em termos de desânimo, falta de vontade e falta de concentração para o trabalho nos últimos 30 dias. Embora já fosse esperado que trabalhadores com dor apresentassem mais limitação percebida para o trabalho, pôde-se demonstrar um gradiente de ampliação das associações entre a duração da dor e o presenteísmo alto, ou seja, mais dias com dor, maior o desânimo, a falta de concentração e a falta de vontade de ir ao trabalho, conforme mensurado neste estudo e conforme esperado.

Quanto maior a duração da dor, maior a limitação percebida para o trabalho. Os que tiveram dor com duração de até uma semana no último mês apresentaram cerca de cinco vezes a prevalência de presenteísmo alto dos que não tiveram dor. Esta associação é cerca de onze vezes maior para aqueles que apresentaram mais de oito dias com dor nos últimos trinta dias. Cabe destacar que a dor está entre as mais importantes razões de incapacidade laboral, consequência da combinação entre fatores físicos, relacionados ou não ao trabalho, fatores psicossociais e individuais (Staal et al., 2013).

Pode-se supor que os trabalhadores avaliados apresentaram redução da sua capacidade laboral e podem ter compensado essa redução em horas extras e/ou maior esforço físico e cognitivo, como sugerido por Demerouti et al. (2009), o que pode levar ao agravamento da dor, ao surgimento de comorbidades, especialmente as relacionadas à saúde mental, e à incapacidade (Demerouti et al., 2009; Karoly et al., 2013).

O presenteísmo de pessoas com dor merece atenção, uma vez que essas desordens, mais comuns em trabalhos com grande sobrecarga física, afeta estruturas corporais, causando sofrimento físico e psíquico. O fato de trabalhar com dor pode prolongar a persistência dos sintomas e ou reduzir a probabilidade de recuperação (d'Errico, et al., 2013).

No modelo exploratório utilizado neste estudo, a qualidade do sono ruim e estresse foram associados ao presenteísmo baixo e alto, respectivamente. Ter qualidade do sono comprometida resultou em 17% mais presenteísmo baixo e 42% mais presenteísmo alto no último mês, comparado aos que referiram bom sono.

Em estudo de coorte para investigar a relação entre a insônia e incapacidade para o trabalho, Sivertsen et al. (2006) demonstraram que a insônia apesar de não justificar a concessão de benefícios, foi um preditor robusto para incapacidade de longo prazo (OR=1,75; IC=1,40-2,20), mesmo ajustado por morbidades físicas e psíquicas.

A relação entre insônia e incapacidade é mediada por fatores somáticos e psicológicos, e frequentemente abordada como um sintoma de tais morbidades (Sivertsen et al., 2006). Os resultados encontrados neste estudo vão ao encontro desta relação entre qualidade do sono e presenteísmo.

Referir estresse resultou em 80% mais presenteísmo alto, em comparação aos que não referiram. O estresse surge quando os recursos pessoais são insuficientes para atender às exigências do meio e do grau de estressores a que o sujeito está submetido. As respostas para este desequilíbrio podem ser emocionais, fisiológicas ou comportamentais, favorecendo à redução da saúde (Laranjeira, 2009; Vieira, 2014).

Em geral, o trabalho na linha de produção industrial tem como característica a alta demanda psicológica e o baixo controle do trabalhador, atributos associados ao estresse e também ao presenteísmo (Umann et al., 2012), e que levam à redução da saúde (Araújo et al., 2003; Fernandes et al., 2010).

Altos níveis de estresse foi identificado como fator de risco importante para o presenteísmo em revisão de estudos sobre o tema (Cancelliere et al., 2011). Boles et al. (2004), ao comparar indivíduos americanos saudáveis e não saudáveis, verificou que a probabilidade de apresentar presenteísmo foi duas vezes maior entre os que referiram estresse e baixa realização emocional.

Embora os transtornos mentais e comportamentais, entre eles o estresse, estejam entre as principais causas de afastamento do trabalho (Bockerman & Laukkanen, 2009), existe baixo reconhecimento individual e coletivo da necessidade de ausência ao trabalho devido a problemas de saúde mental (Vieira, 2014), o que converge para a maior prevalência do presenteísmo entre os que apresentam sintomas.

Da mesma forma que o presenteísmo entre pessoas com dor, o presenteísmo entre pessoas que apresentam estresse prolongado merece atenção, pois esse estado gera um sofrimento psicológico cumulativo com consequências para a saúde física e mental (Demerouti et al., 2009).

Chama a atenção a associação expressiva dos sentimentos negativos em relação à vida com o desfecho de maior gravidade, o presenteísmo alto (RP=1,83). Parece possível que tais sentimentos sejam características de um estado emocional negativo e podem estar ligados a outros transtornos mentais.

A autoavaliação geral de saúde não manteve associação consistente com o desfecho, apesar de estudo conduzido por Aronsson & Gustafsson (2005), utilizando questão similar, ter encontrado forte relação entre essa variável e o presenteísmo (OR=3,32; IC=2,71-4,07). Nesse aspecto, mais estudos são desejáveis para explicar possíveis confundidores ou modificadores de efeito ainda não analisados.

Não há consenso na literatura sobre a relação entre o presenteísmo e as variáveis sociodemográficas sexo e estado civil (Johns, 2010; Aronsson &

Gustafsson, 2005; Gustafsson & Marklund, 2011). Nesta pesquisa com os trabalhadores industriais, ambas não apresentaram associação importante com o desfecho, na análise multivariada.

Também não há consenso sobre o impacto das características de estilos de vida sobre o presenteísmo. Alguns estudos têm mostrado que pessoas mais saudáveis ou com menor quantidade de fatores de risco comportamentais, possuem melhores níveis de produtividade, melhor saúde e menores níveis de presenteísmo e absenteísmo, embora mais pesquisas sejam desejáveis nessa área (Pelletier et al., 2004; Pronk et al., 2004; Christensen et al., 2013; Gandy et al., 2014). Para a população industrial pesquisada, esses fatores não foram importantes para caracterizar o desfecho.

Tratando-se de um estudo de corte transversal os resultados devem considerar as limitações deste tipo de desenho, incluindo a possibilidade de causalidade reversa para as associações identificadas.

A composição do desfecho de interesse, apesar de ser construído com base no SPS-6 (Paschoalin et al., 2013), ferramenta validada para o Brasil, não foi testado nesse formato para captar o presenteísmo. Muitos instrumentos disponíveis na literatura ainda demonstram limitações quanto à validade e não há um padrão-ouro.

O presente estudo pode ter incorrido no viés de informação, pois identificou alto nível de satisfação com os aspectos relacionais, incluindo as relações no ambiente de trabalho. A minimização desse viés pode ser atribuída à forma de coleta dos dados, realizada por profissional externo à empresa, ausência de identificação do questionário e local de aplicação isolado.

Mesmo diante de tais limitações, muitos dos resultados obtidos corroboram a literatura internacional acerca do tema. Considerando a escassez de estudos nacionais e indisponibilidade de dados sobre trabalhadores industriais, os resultados apresentados podem ser importantes para caracterizar o presenteísmo nessa população, bem como contribuir para discussão das suas implicações para a saúde.

## Considerações finais

Nesse estudo concluiu-se que ser mais jovem e com maior escolaridade, referir dor ou desconforto, ter qualidade do sono comprometida, apresentar sentimentos negativos em relação à vida e presença de estresse, estão associados ao presenteísmo, ou seja, à percepção de prejuízo na capacidade para o trabalho.

O presenteísmo foi obtido pelos relatos de falta de vontade, indisposição e ou desânimo e falta de concentração para desempenhar as atividades laborais, contemplando as dimensões cognitiva (falta de vontade e de concentração) física/emocional (indisposição ou desânimo), que refletem sentimentos negativos em resposta às situações de trabalho (Martinez & Paraguay, 2003).

Embora fatores não relacionados diretamente com a saúde possam dar origem à falta de vontade, indisposição ou desânimo e falta de concentração no trabalho, o trabalhador que mantém suas atividades nessas condições pode apresentar redução da sua capacidade para o trabalho e evoluir com uma queixa específica de saúde. Essa relação foi demonstrada por meio das associações obtidas entre o presenteísmo e condições diversas de saúde mensuradas nesta população.

Identificar precocemente e gerenciar as condições relacionadas ao presenteísmo podem contribuir para reduzir ou evitar o afastamento e a incapacidade para o trabalho, como evidenciado em estudos prévios (Taloyan et al., 2012). Além disso, pode ajudar a identificar diversos problemas estruturais na organização, responsáveis pelo adoecimento dos trabalhadores (Araújo, 2012) e a implementar políticas organizacionais favoráveis (Yang et al., 2016).

No Brasil, o presenteísmo ainda não foi amplamente disseminado como alternativa para o monitoramento da saúde dos trabalhadores. A baixa incorporação do presenteísmo pelos profissionais responsáveis pela gestão da saúde pode ser atribuída ao pouco conhecimento, bem como ao estigma associado ao tema, resultante de um forte recorte ideológico presente na

ênfase corriqueira ao impacto financeiro do presenteísmo para as organizações. Além disso, percebe-se contradições nas diferentes formulações existentes, o que fragiliza o conceito e dificulta sua operacionalização.

Por fim, ressaltamos que em algum momento as pessoas são acometidas por um problema de saúde, específico ou não, com ou sem diagnóstico definido. A decisão entre procurar tratamento e recuperar-se para o pleno engajamento ou continuar a trabalhar com o risco de agravar a condição de saúde, depende, sobretudo, da cultura organizacional e, muito provavelmente, do suporte social e da segurança no trabalho que esta pessoa dispõe.

## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo JP. Afastamento do trabalho: absenteísmo e presenteísmo em uma Instituição Federal de Ensino Superior [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.

Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(4):991-1003.

Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Community Health*. 2000; 54:502-9. doi:10.1136/jech.54.7.502.

Aronsson G & Gustafsson K. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *J Occup Environ Med*. 2005; 47:958-66. doi:10.1097/01.jom.0000177219.75677.17.

Braakman-Janssen LMA, Tall E, Kuper I, Van de Laar MAFJ. Productivity loss due to absenteeism and presenteeism by different instruments in patients with RA and subjects without RA. *Rheumatology*. 2012; 51:354-61. doi:10.1093/rheumatology/ker371

Bergstrom G, Bodin L, Hagberg J, Aronson G, Josephson M. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *J Occup Environ Med*. 2009; 51:629-38. doi:10.1097/JOM.0b013e3181a8281b.

Bielecky A, Chen C, Ibrahim S, Beaton DE, Mustard CA, Smith PM. The impact of co-morbid mental and physical disorders on presenteeism. *Scand J Work Environ Health*. 2015; 1:11. doi:10.5271/sjweh.3524.

Bierla I, Huver B, Richard S. Presenteeism at work: the influence of managers. *International J Business and Manag Studies*. 2011; 3(2):97-107.



Boles M, Pelletier B, Lynch W. The relationship between health risks and work productivity. *J Occup Environ Med.* 2004; 46:737-45. doi:10.1097/01.jom.0000131830.45744.97.

Bockerman P & Laukkanen E. What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of workers. *Eur J Public Health.* 2009; 20(1):43-6. doi:10.1093/eurpub/ckp076.

Brooks A, Hagen SE, Sathyanarayanan S, Schultz AB, Edington, DW. Presenteeism: critical issues. *J Occup Environ Med.* 2010; 52(11):1055-67. doi:10.1097/JOM.0b013e3181f475cc.

Campos MCT. Adaptação transcultural e validação do world health organization health and work performance questionnaire para enfermeiros brasileiros [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2011.

Camey SA, Torman VBL, Hirakata VN, Cortes RX, Vigo A. Viés da razão de chances estimada pela regressão logística multinomial para estimar o risco relativo ou a razão de prevalência e alternativas. *Cad. saúde pública.* 2014; 30(1):21-9. doi:10.1590/0102-311X00077313.

Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health.* 2011; 1-11. doi:10.1186/1471-2458-11-395.

Centers for disease control and prevention [*homepage* na Internet]. U.S. Department of Health & Human Services [atualizada em 2015; acesso em 2016 fev.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov>.

Christensen JR, Overgaard K, Hansen K, Søgaaard K, Holter A. Effects on presenteeism and absenteeism from a 1-year workplace randomized controlled trial among health care workers. *J Occup Environ Med.* 2013; 55(10):1186-90.

Ciconelli RM, Soárez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB. The brazilian portuguese version of the work productivity and activity impairment – general health (WPAI-GH) questionnaire. São Paulo Med J. 2006; 124(6):325-32.

Coffeng JK, Hendriksen LJM, Duijts SFA, Twisk JWR, Van Mechelen W, Boot CRL. Effectiveness of a combined social and physical environmental intervention on presenteeism, absenteeism, work performance, and work engagement in office employees. J Occup Environ Med. 2014; 56(3):258-65. 2014. doi:10.1097/JOM.000000000000116.

Conway PM, Hogh A, Rugulies R, Hansen AM. Is sickness presenteeism a risk factor for depression? A danish 2-year follow-up study. J Occup Environ Med. 2014; 56(6):595-603. doi:10.1097/JOM.000000000000177.

Coutinho LMS, Scazufcall M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. Rev Saúde Pública. 2008; 42(6):992-8.

Demerouti E, Blanc PML, Bakker AB, Schaufeli WB, Hox J. Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. CDI. 2009; 14(1):50-68. doi:10.1108/13620430910933574.

d'Errico A, Viotti S, Baratti A, Mottura B, Barocelli MT, Sgambelluri B, Battaglino P, Converso D. Low back pain and associated presenteeism among hospital nursing staff. J Occup Health. 2013; 55:276-83.

Fernandes RCP, Silvany Neto AM, Sena GM, Carneiro CAP, Costa FPM. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da região metropolitana de Salvador, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(3):807-16.

Fernandes RCP, Assunção AA, Carvalho FM. Mudanças nas formas de produção na indústria e a saúde dos trabalhadores. Ciência & Saúde Coletiva. 2010, 15(Supl.1):1563-74.

Flores-Sandí G. "Presentismo": potencialidad em accidentes de salud. *AMC*. 2006; 48(1):30-4.

Gandy WM, Coberley C, Pope JE, Wells A, Rula EW. Comparing the contributions of well-being and disease status to employee productivity. *J Occup Environ Med*. 2014; 56(3):252-57.

Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin A, Lamonte MJ, Lee IM et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2011; 1334-59. doi: 10.1249/MSS.0b013e318213fefb.

Gisbert JP, Cooper A, Karagiannis D, Hatlebakk J, Agréus L, Jablonowski H, Nuevo J. Impact of gastroesophageal reflux disease on work absenteeism, presenteeism and productivity in daily life: a European observational study. *Health Qual Life Outcomes*. 2009; 7:90-6.

Gustafsson K & Marklund S. Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: a Swedish prospective cohort study. *Int J Occup Med Environ Health*. 2011; 24(2):153-65. doi:10.2478/s13382-011-0013-3.

Halbesleben JRB, Whitman MV, Crawford WS. A dialectical theory of the decision to go to work: bringing together absenteeism and presenteeism. *Human Resource Management Review*. 2014; 24:177-92. doi:10.1016/j.hrmr.2013.09.001.

Hansen CD & Andersen JH. Going ill to work – what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Soc Sci Med*. 2008; 67:956-64. doi:10.1016/j.socscimed.2008.05.022.

Hemp P. Presenteeism: at work- but out of it. *Harv Bus Rev*. 2004; 82:49-58.

Heponiemi T, Elovainio M, Pentti J, Virtanen M, Westerlund H, Virtanen P, Oksanen T, Kivimaki M, Vahtera J. Association of contractual and subjective job insecurity with sickness presenteeism among public sector employees. *J Occup Environ Med.* 2010; 52(8):830-35. doi:10.1097/JOM.0b013e3181ec7e23.

Hyeda A & Handar Z. Avaliação da produtividade na síndrome de burnout. *Rev. Bras Med Trab.* 2011; 9(2):78-84.

Janssens H, Clays E, De Clercq B, Bacquer DD, Braeckman L. The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *J Occup Health.* 2013; 55:132-41.

Jena AB, Baldwin Junior DWC, Daugherty SR, Meltzer DO. Presenteeism among resident physicians. *JAMA.* 2010; 11(304):1166-7.

Johns G. Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. *J Organiz Behav.* 2010; 31:519-42. doi:10.1002/job.630.

Karoly P, Ruehlman LS, Okun MA. Psychosocial and demographic correlates of employment versus disability status in a national community sample of adults with chronic pain: toward a psychology of pain presenteeism. *Pain Med.* 2013; 14(11):1-16. doi:10.1111/pme.12234.

Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, Mckenas D, Pronk N, Simon G, Stang P, Ustun TB, Wang P. The world health organization health and work performance questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med.* 2003; 45(2):156-74. doi:10.1097/01.jom.0000052967.43131.51.

Kivimaki M, Head J, Ferrie JE, Hemingway H, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *Am J Public Health.* 2005; 95(1):98-102.

Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, Sharda CE, Berger MI, Turpin RS, Hackleman P, Gibson P, Holmes DM, Bendel T. Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *J Occup Environ Med.* 2002; 44(1):14-20.

Laranjeira CA. O contexto organizacional e a experiência de estresse: uma perspectiva integrativa. *Rev Salud Pública.* 2009; 11(1):123-33.

Lynch W, Mercer WM, Riedel JE, editores. *Measuring employee productivity: a guide to self-assessment tools.* IHPM. 2011 [acesso em: 30 jun 2015]; [100 p.]. Disponível em: <http://www.ihpm.org/EDL/goldbook.pdf>.

Martinez MC & Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Psi Social Trab.* 2003; 6:59-78.

Martinez LF, Ferreira AI, Sousa LM, Cunha JV. A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. *COeG.* 2007; 13(1):37-54.

Mckevitt C, Morgan M, Duntas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *J Public Health Med.* 1997; 19(3):295-300.

Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para População Brasileira.* 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Muckenhuber J, Burkert N, Dorner TE, Grobschadl F, Freidl W. The impact of the HDI on the association of psychosocial work demands with sickness absence and presenteeism. *Eur J Public Health.* 2013; 24(5):856-61. doi:10.1093/eurpub/ckt132.

Ogata AJN. Os amplos benefícios de um estilo de vida saudável. In: Ogata AJN, Fonseca CH, Costa LP, Nahas MV, Bramante AC, editores. *Profissionais saudáveis, empresas produtivas: como promover um estilo de vida saudável no*

ambiente de trabalho e criar oportunidades para trabalhadores e empresas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL, Mello DCB. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do stanford presenteeism scale para avaliação do presenteísmo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(1):1-8. doi: 10.1590/S0104-11692013000100014.

Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. *Rev APS*. 2012; 15(3):306-11.

Papaléo CLM. Estimativa de risco relativo e razão de prevalência com desfecho binário [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Pelletier B, Boles M, Lynch W. Change in health risks and work productivity over. *J Occup Environ Med*. 2004; 46(7):746-54.

Pronk NP, Martinson B, Kessler RC, Beck AL, Simon GE, Wang P. The association between work performance and physical activity, cardiorespiratory fitness, and obesity. *J Occup Environ Med*. 2004; 46(1):19-25.

Prins R. Sickness absence and disability: an international perspective. In: Loisel P & Anema JR, editores. *Handbook of work disability: prevention and management*. Springer; 2013. p.3-14. doi:10.1007/978-1-4614-6214-9\_1.

Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Precision and statistics in epidemiologic studies. In: \_\_\_\_\_. *Modern epidemiology*. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. Cap. 10, p. 148-67.

Sanderson K & Cocker F. Presenteeism implications and health risks. *Aust Fam Physician*. 2013; 42(4):172-5.

Sasaki SFS. Trabalho bancário e fatores associados ao presenteísmo e ao absenteísmo [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

Schultz AB & Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J Occup Rehabil.* 2007; 17:547-79. doi:10.1007/s10926-007-9096-x.

Sendén MG, Lovseth LT, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). *Swiss Med Wkly.* 2013; 143:w13840. doi:10.4414/smw.2013.13840.

Serviço Social da Indústria. Sistema de Avaliação de Programas de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Produtividade (documento técnico). Brasília: Serviço Social da Indústria, Departamento Nacional; 2001.

Sivertsen B, Overland S, Neckelmann D, Glozier N, Krokstad S, Pallesen S, et al. The Long-term Effect of Insomnia on Work Disability. *Am J Epidemiol* 2006; 163:1018-24.

Soárez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB, Ciconelli RM. Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade. *Rev Panam Salud Publica.* 2007; 22(1):21-8.

Staal JB, Rijk A, Houkes I, Heymans MW. Clinical interventions to reduce work disability in workers with musculoskeletal disorders or mental health problems. In: Loisel P & Anema JR, editores. *Handbook of work disability: prevention and management.* Springer; 2013. p. 317-33. doi:10.1007/978-1-4614-6214-9\_1.

Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D. Lost productive work time costs from health conditions in the United States: results from the American productivity audit. *J Occup Environ Med.* 2003; 45(12):1234-46. doi:10.1097/01.jom.0000099999.27348.78.

Shi Y, Sears LE, Coberley CR, Pope JE. The association between modifiable well-being risks and productivity: a longitudinal study in pooled employer sample. *J Occup Environ Med.* 2013; 55(4):353-64. doi:10.1097/JOM.0b013e3182851923.

Taloyan M, Aronsson G, Leineweber C, Hanson LM, Alexanderson K, Westerlund H. Sickness presenteeism predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: a nationally representative study of the Swedish working population. *PLoS ONE.* 2012; 7(9):e44721. doi:10.1371/journal.pone.0044721.

The World Health Organization, Health and Work Performance Questionnaire [*homepage* na Internet]. Harvard Medical School [atualizada em 2005; acesso em 2016 fev.]. Disponível em: <http://www.hcp.med.harvard.edu/hpq/index.php>.

Umann J, Guido LA, Grazziano ES. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(1):1-8.

Valença MCA & Barbosa ACQ. A terceirização e seus impactos: um estudo em grandes organizações de Minas Gerais. *RAC.* 2012; 6(1):163-85.

Vieira MLC. Presenteísmo na enfermagem: repercussões para saúde do trabalhador e organização hospitalar [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2014.

Wada K, Arakida M, Watanabe R, Negishi M, Sato J, Tsutsumi A. The economic impact of loss of performance due to absenteeism and presenteeism caused by depressive symptoms and comorbid health conditions among Japanese workers. *Industrial Health.* 2013; 51:482-89.

Yang T, Zhu M, Xie X. The determinants of presenteeism: a comprehensive investigation of stress-related factors at work, health, and individual factors among the aging workforce. *J Occup Health.* 2016; 58(1):25-35. doi:10.1539/joh.15-0114-OA.



Yano SRT & Souza EM de. Prevenção dos transtornos mentais relacionados ou não ao trabalho – ações para a prática nas organizações. In: Silveira MA, editor. Aspectos psicossociais e sustentabilidade em organizações: saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho. Campinas: CTI (Centro de Tecnologia da Informação “Renato Archer”); 2014. p. 45-61.

## VII. ANEXOS

### ANEXO A. Tabelas

Tabela 1 - Características dos trabalhadores da indústria, participantes dos PPS na Bahia (n=2.093).

(continua)

Características da população	n	%
<b>Características sociodemográficas</b>		
Sexo		
	<i>Masculino</i>	1.330 63,5
Faixa Etária*		
	<i>Até 30 anos</i>	1.152 55,1
Escolaridade		
	<i>Sem ensino superior</i>	1.717 82,0
Estado civil		
	<i>Com parceiro(a)</i>	1.124 53,7
<b>Características de estilo de vida</b>		
Hábito de fumar		
	<i>Não</i>	2.018 96,4
Consumo excessivo de álcool na mesma ocasião		
	<i>Não</i>	1.597 76,3
Consumo alimentar		
	<i>Recomendado</i>	96 4,6
Prática de atividades físicas no lazer		
	<i>Suficiente</i>	578 27,6
<b>Condições Gerais de Saúde</b>		
Auto avaliação geral de saúde		
	<i>Excelente/Bom</i>	1.759 84,0
Dores/desconforto, nos últimos 30 dias		
	<i>Nenhum</i>	1.071 51,2
Qualidade do sono		
	<i>Sempre ou quase sempre dorme bem</i>	1.327 63,4
Estresse		
	<i>Raramente/ Às vezes estressado</i>	1.845 88,2
<b>Aspectos relacionais</b>		
Qualidade dos seus relacionamentos		
	<i>Excelente/Bom</i>	1.922 91,8
Sentimento em relação à vida		
	<i>Positivo (muito bem/bem)</i>	2.040 97,5
Nível de integração e adaptação ao ambiente		
	<i>Excelente/Bom</i>	1.911 91,3

<b>Características da população</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Limitação Percebida para o trabalho</b>		
Falta de vontade de ir ao trabalho		
	<i>Nenhum dia</i>	1.333 63,7
Indisposição/desânimo para realizar as tarefas		
	<i>Nenhum dia</i>	1.159 55,4
Dificuldade em se concentrar no trabalho		
	<i>Nenhum dia</i>	1.363 65,1
Presenteísmo		
	<i>Negativo (score 0)</i>	888 42,4
	<i>Positivo (score 1 a 9)</i>	1.205 57,6
Gravidade do Presenteísmo		
	<i>Positivo-Baixo (score 1 a 4)</i>	1.042 49,8
	<i>Positivo-Alto (score 5 a 9)</i>	163 7,8

\*Perda de dados n=4.

**Erro! Vínculo não válido.**

Tabela 2 - Análise multivariada separada para o presenteísmo baixo (score 1-4; n=1.042) em relação ao grupo referente, presenteísmo negativo (score 0; n=888), entre trabalhadores da indústria, participantes dos PPS na Bahia (n=1.930).

Variáveis independentes	P% (n)	Presenteísmo Baixo	
		RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
<b>Características Sociodemográficas</b>			
Sexo			
	<i>Masculino</i> 49,2 (607)	1	1
	<i>Feminino</i> 62,4 (435)	1,27 (1,12-1,43)	1,11 (0,97-1,26)
Faixa Etária*			
	<i>31 anos ou mais</i> 46,5 (416)	1	1
	<i>Até 30 anos</i> 60,4 (623)	1,30 (1,14-1,47)	1,32 (1,15-1,51)
Escolaridade			
	<i>Sem ensino superior</i> 51,9 (818)		1
	<i>Com ensino superior</i> 63,5 (224)	1,22 (1,05-1,41)	1,43 (1,21-1,66)
Estado civil			
	<i>Sem parceiro</i> 56,9 (503)		1
	<i>Com parceiro</i> 51,5 (539)	0,91 (0,80-1,02)	0,97 (0,85-1,10)
<b>Características de estilo de vida</b>			
Consumo excessivo de álcool na mesma ocasião ( <i>binge drink</i> )			
	<i>Não</i> 53,1 (782)	1	1
	<i>Sim</i> 56,9 (260)	1,07 (0,92-1,23)	1,14 (0,98-1,31)
Consumo alimentar			
	<i>Recomendado</i> 50,6 (45)		1
	<i>Não recomendado (negativo)</i> 54,2 (997)	1,07 (0,80-1,46)	1,06 (0,79-1,46)
Prática de atividades físicas no lazer			
	<i>Suficiente</i> 50,9 (269)	1	1
	<i>Insuficiente</i> 55,2 (773)	1,09 (0,94-1,24)	1,04 (0,90-1,20)
<b>Condições gerais de saúde</b>			
Dores/desconforto, nos últimos 30 dias			
	<i>Nenhum</i> 39,1 (408)	1	1
	<i>1 a 7 dias</i> 71,3 (575)	1,83 (1,60-2,07)	1,76 (1,53-2,00)
	<i>8 dias ou mais</i> 73,8 (59)	1,89 (1,42-2,45)	1,75 (1,30-2,30)
Auto avaliação geral de saúde			
	<i>Excelente/Bom</i> 51,2 (850)	1	1
	<i>Regular/Ruim</i> 71,1 (192)	1,39 (1,18-1,62)	1,11 (0,93-1,30)
Qualidade do sono			
	<i>Sempre ou quase sempre dorme bem</i> 48,1 (607)	1	1
	<i>Às vezes/Nunca/Raramente dorme bem</i> 65,0 (435)	1,35 (1,19-1,52)	1,17 (1,01-1,31)
Estresse			
	<i>Raramente/Às vezes estressado</i> 52,0 (901)	1	1
	<i>Quase sempre/Sempre estressado</i> 71,9 (141)	1,38 (1,15-1,64)	1,15 (0,94-1,38)
<b>Aspectos relacionais</b>			
Qualidade dos seus relacionamentos			
	<i>Excelente/Bom</i> 52,6 (946)	1	1
	<i>Regular/Ruim</i> 72,7 (96)	1,38 (1,11-1,69)	1,20 (0,95-1,49)
Setimento em relação à vida			
	<i>Positivo (Muito bem/Bem)</i> 53,8 (1022)	1	1
	<i>Negativo (Mal/Muito mal)</i> 66,7 (20)	1,24 (0,76-1,87)	0,90 (0,55-1,37)
Nível de integração e adaptação ao			
	<i>Excelente/Bom</i> 53,1 (949)	1	1
	<i>Regular/Ruim</i> 65,0 (93)	1,22 (0,98-1,50)	1,01 (0,79-1,25)

\*Perda de dados n=3.

Tabela 3 - Análise multivariada separada para o presenteísmo alto (score 5-9; n=163) em relação ao grupo referente, presenteísmo negativo (score 0; n=888), entre trabalhadores da indústria, participantes dos PPS na Bahia (n=1.051).

Variáveis independentes	P% (n)	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)
<b>Características Sociodemográficas</b>			
Sexo			
	<i>Masculino</i> 13,4 (97)	1	1
	<i>Feminino</i> 20,1 (66)	1,50 (1,09-2,04)	0,89 (0,62-1,25)
Faixa Etária*			
	<i>31 anos ou mais</i> 8,1 (42)	1	1
	<i>Até 30 anos</i> 22,9 (121)	2,84 (2,01-4,07)	2,05 (1,41-3,01)
Escolaridade			
	<i>Sem ensino superior</i> 15,6 (140)		1
	<i>Com ensino superior</i> 15,1 (23)	0,97 (0,60-1,47)	1,50 (0,91-2,36)
Estado civil			
	<i>Sem parceiro</i> 18,2 (85)		1
	<i>Com parceiro</i> 13,3 (78)	0,73 (0,53-0,99)	0,86 (0,62-1,19)
<b>Características de estilo de vida</b>			
Consumo excessivo de álcool na mesma ocasião (binge drink)			
	<i>Não</i> 15,2 (124)	1	1
	<i>Sim</i> 16,5 (39)	1,09 (0,74-1,54)	1,13 (0,76-1,63)
Consumo alimentar			
	<i>Recomendado</i> 13,7 (124)		1
	<i>Não recomendado (negativo)</i> 15,6 (39)	1,14 (0,57-2,67)	0,83 (0,40-2,00)
Prática de atividades físicas no lazer			
	<i>Suficiente</i> 15,9 (49)	1	1
	<i>Insuficiente</i> 15,4 (114)	0,97 (0,69-1,36)	0,83 (0,58-1,18)
<b>Condições gerais de saúde</b>			
Dores/desconforto, nos últimos 30 dias			
	<i>Nenhum</i> 4,1 (27)	1	1
	<i>1 a 7 dias</i> 26,7 (84)	6,55 (4,30-10,28)	5,24 (3,38-8,34)
	<i>8 dias ou mais</i> 71,2 (52)	17,49 (11,09-28,22)	10,94 (6,57-18,47)
Auto avaliação geral de saúde			
	<i>Excelente/Bom</i> 10,9 (99)	1	1
	<i>Regular/Ruim</i> 45,1 (64)	4,14 (3,00-5,65)	1,15 (0,77-1,71)
Qualidade do sono			
	<i>Sempre ou quase sempre dorme bem</i> 9,2 (66)	1	1
	<i>Às vezes/Nunca/Raramente dorme bem</i> 29,3 (97)	3,20 (2,34-4,38)	1,42 (0,99-2,02)
Estresse			
	<i>Raramente/Às vezes estressado</i> 11,8 (111)	1	1
	<i>Quase sempre/Sempre estressado</i> 48,6 (52)	4,13 (2,95-5,71)	1,80 (1,20-2,65)
<b>Aspectos relacionais</b>			
Qualidade dos seus relacionamentos			
	<i>Excelente/Bom</i> 12,7 (124)	1	1
	<i>Regular/Ruim</i> 52,0 (39)	4,09 (2,82-5,80)	1,42 (0,90-2,19)
Setimento em relação à vida			
	<i>Positivo (Muito bem/Bem)</i> 13,8 (140)	1	1
	<i>Negativo (Mal/Muito mal)</i> 69,7 (23)	5,07 (3,17-7,71)	1,83 (1,07-3,00)
Nível de integração e adaptação ao			
	<i>Excelente/Bom</i> 12,9 (124)	1	1
	<i>Regular/Ruim</i> 43,8 (39)	3,40 (2,34-4,82)	1,13 (0,70-1,78)

\*Perda de dados n=4.

**ANEXO B.** ATD respondidas pelos trabalhadores antes da sua participação em PPS.

**QUESTIONÁRIO Nº 1**

**Atenção:**

- As informações fornecidas por você, através deste questionário, servirão à avaliação dos serviços e atividades de lazer que o SESI oferece nesta empresa.
- Todos os dados são confidenciais e o(a) senhor(a) não precisa e não deve se identificar, mas é muito importante que responda com a máxima exatidão e muita sinceridade a este questionário.
- Não há respostas erradas! Você deve apenas procurar ser coerente em suas respostas.
- Se você sentir dificuldades para responder qualquer questão, por favor, peça auxílio!

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

1. Qual o seu sexo?  
 Masculino (categoria =0, grifo nosso)  
 Feminino (categoria =1, grifo nosso)
2. Qual a sua idade? .....
3. Qual o seu estado civil?  
 Solteiro (a) (categoria =0, grifo nosso)  
 Casado(a) ou vivendo com parceiro(a) (categoria =1, grifo nosso)  
 Viúvo(a), desquitado(a) ou divorciado(a) (categoria =0, grifo nosso)
4. Até que série você estudou?  
 Não conclui a 8ª. série (fundamental incompleto) (categoria =0, grifo nosso)  
 Conclui a 8ª. série (fundamental completo) (categoria =0, grifo nosso)  
 Conclui a 3ª. série do segundo grau (médio completo) (categoria =0, grifo nosso)  
 Conclui um curso na faculdade/universidade (superior completo) (categoria =1, grifo nosso)

**AGORA, FALE SOBRE O SEU JEITO DE VIVER (ESTILO DE VIDA)**

**→ COMPORTAMENTO PREVENTIVO**

5. Você fuma? (assinale apenas uma opção)  
 Nunca fumei (categoria =0, grifo nosso)  
 Parei de fumar há mais de 2 anos (categoria =0, grifo nosso)  
 Parei de fumar há menos de 2 anos (categoria =0, grifo nosso)  
 FUMO menos de 10 cigarros por dia (categoria =1, grifo nosso)  
 FUMO de 10 a 20 cigarros por dia (categoria =1, grifo nosso)  
 FUMO mais de 20 cigarros por dia (categoria =1, grifo nosso)
6. Quantas doses de bebidas alcoólicas você toma em uma semana normal (típica)? (1 dose=1/2 garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose comercial de cachaça, vodka, uísque ou conhaque) (questão não utilizada, grifo nosso)  
 Nenhuma, eu não bebo  
 1 a 7 doses  
 8 a 14 doses  
 15 ou mais doses

7. Nos últimos 30 dias, você tomou cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas numa mesma ocasião?

- Não (categoria =0, grifo nosso)
- Sim (categoria =1, grifo nosso)

8. Quando você está em ambiente ensolarado por mais de 30 minutos, com que frequência você usa protetor solar, boné ou chapéu, ou outro tipo de proteção contra o sol? (questão não utilizada, grifo nosso)

- Não → Nunca
- Sim → Apenas eventualmente (às vezes)
- Sim → Sempre ou quase sempre

#### → PERCEÇÃO DE ESTRESSE, SONO E NÍVEL ATUAL DE SAÚDE

9. Como você classifica o nível de estresse em sua vida?

- Raramente estressado, vivendo muito bem (categoria =0, grifo nosso)
- Às vezes estressado, vivendo razoavelmente bem (categoria =0, grifo nosso)
- Quase sempre estressado, enfrentando problemas com frequência (categoria =1, grifo nosso)
- Sempre estressado, com dificuldade para enfrentar a vida diária (categoria =1, grifo nosso)

10. Com que frequência você considera que dorme bem?

- Sempre ou quase sempre (categoria =0, grifo nosso)
- Às vezes (categoria =1, grifo nosso)
- Nunca / raramente (categoria =1, grifo nosso)

11. Como você classifica o seu estado de saúde atual?

- Excelente (categoria =0, grifo nosso)
- Bom (categoria =0, grifo nosso)
- Regular (categoria =1, grifo nosso)
- Ruim (categoria =1, grifo nosso)

#### → RELACIONAMENTOS

12. De uma maneira geral, como você classifica a qualidade dos relacionamentos que mantém com outras pessoas (amigos, colegas de trabalho, chefes)?

- Excelente (categoria =0, grifo nosso)
- Bom (categoria =0, grifo nosso)
- Regular (categoria =1, grifo nosso)
- Ruim (categoria =1, grifo nosso)

13. De uma maneira geral, como você se sente em relação à sua vida? [*Considere a sua percepção em relação a sua vida como um todo, incluindo o tempo que passa no trabalho, o lazer e o tempo que passa em casa, na companhia de amigos e familiares.*]

- Muito bem (categoria =0, grifo nosso)
- Bem (categoria =0, grifo nosso)
- Mal (categoria =1, grifo nosso)
- Muito mal (categoria =1, grifo nosso)

14. De uma maneira geral, como você classifica o seu nível pessoal de integração/adaptação ao ambiente que o rodeia?

- Excelente (categoria =0, grifo nosso)
- Bom (categoria =0, grifo nosso)
- Regular (categoria =1, grifo nosso)

- Ruim (categoria =1, grifo nosso)

→ **ALIMENTAÇÃO**

15. Durante uma semana normal, com que frequência você come frutas (ou toma suco de frutas natural)? [Não considerar o consumo de sucos artificiais]

- Nunca (categoria =1, grifo nosso)  
 1 a 3 vezes por semana (categoria =1, grifo nosso)  
 4 a 6 vezes por semana (categoria =0, grifo nosso)  
 Diariamente, 1 vez por dia (categoria =0, grifo nosso)  
 Diariamente, 2 ou mais vezes por dia (categoria =0, grifo nosso)

16. Durante uma semana normal, com que frequência você come verduras, hortaliças e saladas verdes?

- Nunca (categoria =1, grifo nosso)  
 1 a 3 vezes por semana (categoria =1, grifo nosso)  
 4 a 6 vezes por semana (categoria =0, grifo nosso)  
 Diariamente, 1 vez por dia (categoria =0, grifo nosso)  
 Diariamente, 2 ou mais vezes por dia (categoria =0, grifo nosso)

17. Durante uma semana normal, com que frequência você toma refrigerantes ou sucos artificiais (refrescos)?

- Nunca (categoria =0, grifo nosso)  
 1 a 3 vezes por semana (categoria =1, grifo nosso)  
 4 a 6 vezes por semana (categoria =1, grifo nosso)  
 Diariamente, 1 vez por dia (categoria =1, grifo nosso)  
 Diariamente, 2 ou mais vezes por dia (categoria =1, grifo nosso)

→ **ATIVIDADES FÍSICAS**

18. Você realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu lazer, como exercícios físicos (ginástica, caminhada, corrida), esportes, danças ou artes marciais?

- NÃO, e não estou interessado(a) em realizar atividades físicas no meu lazer num futuro próximo (categoria =1, grifo nosso)  
 NÃO, mas estou interessado em realizar atividades físicas no meu lazer num futuro próximo (categoria =1, grifo nosso)  
 SIM, 1 ou 2 vezes por semana (categoria =1, grifo nosso)  
 SIM, 3 ou 4 vezes por semana (categoria =0, grifo nosso)  
 SIM, 5 ou mais vezes por semana (categoria =0, grifo nosso)

19. Na maioria dos dias da semana, como você se desloca para ir de casa para o trabalho? (questão não utilizada, grifo nosso)

- A pé, caminhando  
 De bicicleta  
 De ônibus  
 De carro ou moto

20. Qual o tipo principal de atividade física que você pratica no seu lazer? (questão não utilizada, grifo nosso)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não pratico atividades físicas | <input type="checkbox"/> Caminhada                |
| <input type="checkbox"/> Esportes                       | <input type="checkbox"/> Ciclismo                 |
| <input type="checkbox"/> Corrida                        | <input type="checkbox"/> Natação / hidroginástica |



- |                          |                             |                          |                      |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ginástica                   | <input type="checkbox"/> | Musculação           |
| <input type="checkbox"/> | Dança / atividades rítmicas | <input type="checkbox"/> | Esportes de aventura |
| <input type="checkbox"/> | Yoga / Tai-chi-chuan        | <input type="checkbox"/> | Alongamentos         |
| <input type="checkbox"/> | Artes marciais / lutas      | <input type="checkbox"/> | Outra(s)             |

### FALE UM POUCO SOBRE O SEU TRABALHO

21. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você precisou pedir afastamento do trabalho por motivos de saúde (com ou sem licença médica)?
- Nenhum → Neste período, não me afastei do trabalho (população analisada, grifo nosso)
- 1 a 2 dias (excluídos da análise, grifo nosso)
- 3 a 7 dias (excluídos da análise, grifo nosso)
- 8 dias ou mais (excluídos da análise, grifo nosso)
22. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você NÃO sentiu vontade de vir ao trabalho?
- Nenhum → Sinto sempre vontade de vir o trabalho (categoria =0, grifo nosso)
- 1 a 2 dias (categoria =1, grifo nosso)
- 3 a 7 dias (categoria =2, grifo nosso)
- 8 dias ou mais (categoria =3, grifo nosso)
23. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você se sentiu indisposto ou sem ânimo (energia) para realizar tarefas que o seu trabalho exige?
- Nenhum → Sinto-me sempre com bom ânimo para o trabalho (categoria =0, grifo nosso)
- 1 a 2 dias (categoria =1, grifo nosso)
- 3 a 7 dias (categoria =2, grifo nosso)
- 8 dias ou mais (categoria =3, grifo nosso)
24. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você sentiu dificuldade para se concentrar no trabalho?
- Nenhum → Consigo sempre manter bom nível de concentração (categoria =0, grifo nosso)
- 1 a 2 dias (categoria =1, grifo nosso)
- 3 a 7 dias (categoria =2, grifo nosso)
- 8 dias ou mais (categoria =3, grifo nosso)
25. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você sentiu dores ou desconforto ao realizar tarefas que o seu trabalho exige?
- Nenhum → Não sinto dores/desconforto ao realizar as minhas tarefas (categoria =0, grifo nosso)
- 1 a 2 dias (categoria =1, grifo nosso)
- 3 a 7 dias (categoria =1, grifo nosso)
- 8 dias ou mais (categoria =2, grifo nosso)

### NOS FALE UM POUCO SOBRE OS SEUS INTERESSES

26. Em sua opinião, qual seria a melhor hora do dia para você participar de atividades de lazer na empresa? (questão não utilizada, grifo nosso)
- Antes de iniciar o trabalho
- No término do expediente de trabalho
- Num intervalo, durante o expediente de trabalho
27. Existem várias maneiras de se obter informações sobre estilo de vida saudável no local de trabalho. Qual das opções listadas representa a sua preferência [pode marcar mais de uma

das opções listadas]? (questão não utilizada, grifo nosso)

- Panfletos / folhetos
- Palestras
- Cursos
- Filmes / vídeos
- Discussões em grupo/aconselhamento em pequenos grupos
- Teatro
- Outro(a)

28. Como você gostaria que os serviços de lazer do SESI ajudassem você a melhorar o seu estilo de vida, adotando atitudes e comportamentos mais saudáveis? (questão não utilizada, grifo nosso)

- Gostaria de obter mais informações (cartilhas, manuais, etc.)
- Gostaria de participar de um programa de exercícios
- Gostaria de ter opções mais saudáveis de alimentação
- Gostaria de receber algum tipo de incentivo da empresa
- Gostaria de poder participar de cursos e palestras
- Gostaria de poder usar instalações de um clube ou academia
- Outro(a)

29. Qual a sua preferência em termos de atividades físicas de lazer? [pode marcar mais de uma das opções listadas] (questão não utilizada, grifo nosso)

- Não participo de atividades físicas no lazer
- Atividades físicas e esportes em contato com a natureza
- Atividades físicas em academia de ginástica (ginástica, musculação)
- Danças de salão
- Esportes
- Exercícios físicos em parques ou ruas (caminhada, ciclismo)
- Ioga, Tai-chi-chuan
- Outra(s)

30. Qual a sua preferência em termos de atividades de lazer artístico-culturais? [pode marcar mais de uma das opções listadas] (questão não utilizada, grifo nosso)

- Teatro (espetáculos, festivais, oficinas)
- Música (espetáculos, festivais, oficinas)
- Dança (espetáculos, festivais, oficinas)
- Cinema e vídeo (festivais, oficinas)
- Artes plásticas (mostras, oficinas)
- Fotografia (mostras, oficinas)
- Outra(s)

Obrigado pela sua participação nesta pesquisa!

## **ANEXO C. Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa**

FACULDADE DE MEDICINA  
DA BAHIA DA UFBA

### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

#### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Fatores associados ao presenteísmo em trabalhadores da indústria

**Pesquisador:** Rita de Cássia Pereira Fernandes

**Área Temática: Versão:** 1

**CAAE:** 40870215.8.0000.5577

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 950.362

**Data da Relatoria:** 08/02/2015

#### **Apresentação do Projeto:**

"O presenteísmo é definido como estar no trabalho, mas devido a uma doença ou outra condição de saúde física ou mental, não estar plenamente produtivo, ou seja, ir ao trabalho enquanto doente. A limitação ou redução da capacidade de trabalho pode implicar na redução da produtividade, gerando perdas para as organizações relacionadas à quantidade e qualidade do trabalho realizado e aos acidentes de trabalho. Para os trabalhadores, as perdas estão relacionadas ao sofrimento, exaustão e agravamento do adoecimento. A literatura tem mencionado que comparecer ao trabalho enquanto doente ou com alguma limitação física ou mental pode ser determinada pelo contexto de trabalho e por características pessoais. Em algum momento da vida os trabalhadores poderão apresentar algum evento de saúde e a decisão entre ir ou não ir ao trabalho será mediada por ambas as características".

#### **Objetivo da Pesquisa:**

"Estimar a prevalência do presenteísmo e descrevê-la de acordo com características sociodemográficas, de estilos de vida, aspectos relacionais e morbidades autorreferidas".

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

RISCOS:

"Por tratar-se de estudo com dados secundários provenientes de banco de dados formado por avaliações técnicas de serviços, os riscos aos quais os sujeitos poderiam ter sido submetidos existiram no momento da coleta de dados. No entanto, é importante ressaltar que os dados foram obtidos durante a jornada de trabalho, assegurando privacidade, entendimento e participação voluntária por parte dos trabalhadores, como previsto em procedimento específico para realização das avaliações dos serviços. O risco de quebra de sigilo das informações por parte dos pesquisadores será mitigado por meio do uso ético das informações cedidas pelo SESI, bem como a limitação do acesso apenas aos pesquisadores envolvidos nesta pesquisa. Os pesquisadores também garantem por meio de termo de compromisso o uso dos dados apenas para fins estritamente científicos".

#### **BENEFÍCIOS:**

O benefício para os respondentes das avaliações é participar do Programa de Promoção da Saúde adaptado à realidade e perfil do público alvo. Os resultados também poderão contribuir para melhorias nos programas realizados nas indústrias em prol da saúde dos trabalhadores.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

"Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal com dados secundários provenientes da base de dados do Sistema de Gestão do Lazer (SGL), pertencente ao Serviço Social da Indústria/Departamento Regional da Bahia (SESI/DR-BA), formada pelas Avaliações Técnicas respondidas por trabalhadores atendidos em Programas de Promoção da Saúde (PPS) na Indústria".

"O questionário utilizado na Avaliação Técnica Diagnóstica é composto por 29 questões de múltipla escolha e 1 questão aberta, distribuídas em oito dimensões: Informações pessoais; Comportamento preventivo; Percepção de estresse, sono e nível atual de saúde; Relacionamentos; Alimentação; Atividades físicas; Atitudes no Trabalho; Interesses (preferências) pessoais".

"A análise dos dados será constituída por uma etapa descritiva, seguida de análise tabular e cálculo de razões de prevalências (RP). Após a análise bruta, será conduzida a análise estrato-específica, conhecidas as possíveis associações e sua direção. Por fim, será realizada a análise multivariada de caráter exploratório. [...] A fim de garantir a validade do estudo, alguns procedimentos serão adotados para verificar possíveis erros sistemáticos. [...]. Portanto, no presente estudo os dados serão analisados quanto à possíveis vieses aos quais poderão estar sujeitos: Viés de seleção; Viés de aferição; Confundidores e interação".

#### **Critério de Inclusão:**

"Serão incluídos no estudo todos os registros de trabalhadores das Indústrias atendidas na Bahia em 2013 pelos PPS e que participaram das Avaliações Técnicas Diagnósticas (ATD) nesse mesmo ano".

#### **Critério de Exclusão:**

"Serão excluídos apenas os registros dos trabalhadores provenientes de empresas não industriais que tenham sido atendidas pelos PPS".

**ORÇAMENTO:** Não mencionado no projeto o financiador da pesquisa nem a contrapartida da instituição proponente.

CRONOGRAMA: Incluir o retorno dos resultados à Instituição proponente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE: foi solicitado dispensa sob a seguinte justificativa "A análise dos dados será sobre uma base de dados secundários de domínio privado. Portanto, foi solicitada e aprovada a autorização para sua utilização à entidade responsável".

FOLHA DE ROSTO: ADEQUADA, tendo como pesquisadora responsável a professora doutora Rita de Cássia Pereira Fernandes.

CARTA DE ANUÊNCIA: ADEQUADA, assinada pelo superintendente do SESI-DR/BA.

**Recomendações:**

- SEGUNDO A RES466/12 OS RESULTADOS DEVEM RETORNAR AO PARTICIPANTE DA PESQUISA PORTNATO, O INVESTIGADOR DEVE GARANTIR NO PROJETO E NO TERMO DE COMPROMISSO O RETORNO DOS RESULTADOS DA PESQUISA PARA A INSTITUIÇÃO/ORGÃO ONDE SERÁ FEITA A PESQUISA. DE MESMA FORMA INCLUIR NO CRONOGRAMA UM ITEM SOBRE O RETORNO DOS RESULTADOS AO SESI-DR/BA SERIA INTERESSANTE PARA ASSEGURAR O ATO.

- APESAR DE NO SUMÁRIO DO PROJETO GERADO PELA PLATAFORMA BRASIL INDICAR O FINANCIAMENTO DA PESQUISA SER POR PARTE DA PESQUISADORA NO PROJETO COMPLETO NÃO O DEIXA CLARO TAL PONTO, PORTANTO A INVESTIGADORA DEVE DEIXAR CLARO QUE O FINANCIAMENTO DA PESQUISA SERÁ DE RESPONSABILIDADE DA PRÓPRIA PESQUISADORA, INCLUINDO A CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE NO PROJETO COMPLETO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

NÃO HÁ PENDÊNCIAS.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SALVADOR, 10 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:  
Eduardo Martins Netto  
(Coordenador)**

## ANEXO D. Confirmação da submissão do artigo

O novo artigo foi submetido com sucesso!

Login: [anaclarapie](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)



# SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos  
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

### CSP\_1400/16

<b>Arquivos</b>	<a href="#">Versão 1</a> [ <a href="#">Resumo</a> ]
<b>Seção</b>	Artigo
<b>Data de submissão</b>	09 de Agosto de 2016
<b>Título</b>	Fatores associados ao presenteísmo em trabalhadores da indústria
<b>Título corrido</b>	Fatores associados ao presenteísmo em trabalhadores da indústria
<b>Área de Concentração</b>	Epidemiologia
<b>Palavras-chave</b>	Presenteísmo, Condições de trabalho, Nível de saúde, Estilos de vida, Relações interpessoais
<b>Fonte de Financiamento</b>	Nenhum
<b>Conflito de Interesse</b>	Nenhum
<b>Condições éticas e legais</b>	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na <a href="#">Declaração de Helsinki</a> , além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
<b>Registro Ensaio Clínico</b>	Nenhum
<b>Sugestão de consultores</b>	Heloísa Campos Paschoalin <hcpaschoalin@gmail.com>
<b>Autores</b>	<a href="#">ANA CLARA SOUZA PIE</a> (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA) <anaclarapie@hotmail.com> <a href="#">RITA DE CÁSSIA PEREIRA FERNANDES</a> (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA) <ritafernandes@ufba.br> <a href="#">FERNANDO MARTINS CARVALHO</a> (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA) <fmc.ufba@gmail.com> <a href="#">LAURO ANTÔNIO PORTO</a> (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA) <lauroporto@uol.com.br>
<b>STATUS</b>	<i>Com Secretaria Editorial</i>

---

## Novo artigo (CSP\_1400/16)

---

De: **Cadernos de Saude Publica** (cadernos@fiocruz.br)

Enviada: terça-feira, 9 de agosto de 2016 20:02:06

Para: anaclarapie@hotmail.com

Prezado(a) Dr(a). ANA CLARA SOUZA PIE:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Fatores associados ao presenteísmo em trabalhadores da indústria" (CSP\_1400/16) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof<sup>ª</sup>. Marília Sá Carvalho  
Prof<sup>ª</sup>. Cláudia Medina Coeli  
Prof<sup>ª</sup>. Luciana Dias de Lima  
Editoras