



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Um novo olhar sobre o presenteísmo:

Uma análise sobre os biomarcadores e programas de intervenção como contributos para a
saúde ocupacional

Eva Ellen Rodrigues da Costa

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Social e das Organizações

Orientador:

Prof. Doutor Aristides Isidoro Ferreira, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School,
Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Outubro, 2018



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Um novo olhar sobre o presenteísmo:

Uma análise sobre os biomarcadores e programas de intervenção como contributos para a
saúde ocupacional

Eva Ellen Rodrigues da Costa

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social e das Organizações

Orientador:

Prof. Doutor Aristides Isidoro Ferreira, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School,
Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Outubro, 2018



Um novo olhar sobre o presenteísmo:
Uma análise sobre os biomarcadores e programas de intervenção
como contributos para a saúde ocupacional
Eva Ellen Rodrigues da Costa

Outubro
2018

Nota: Esta dissertação foi escrita no Português do Brasil e de acordo com as novas regras do acordo ortográfico.

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser o autor do meu destino, meu guia e meu senhor!

... **São Gonçalo** é um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no estado do Rio de Janeiro, no Brasil. Atualmente o segundo município mais populoso do estado, atrás apenas da capital, Rio de Janeiro e o 16º mais populoso do país...

E foi nesta cidade que eu deixei meus pais, família, amigos, emprego estável e embarquei na concretização de um objetivo profissional: realizar um mestrado em Psicologia. Foram 2 anos fora de casa, longe de todos que amo e longe da segurança e estabilidade do lar...

Foi um longo percurso e uma imensa (re) construção ter estado nesta jornada acadêmica, mas posso afirmar que “valeu a pena”. Sou oriunda de uma família humilde, com poucos recursos e que sempre, da sua maneira, investiu em mim e acreditou no futuro que eu poderia construir.

Dedico então este trabalho aos meus pais, **Oswaldo e Rita**. É por eles e para eles, cada esforço, cada meta, cada conquista realizada. Sem eles, eu não teria forças e foco para trilhar este caminho.

Meus queridos pais, vocês sempre me fizeram acreditar que eu era capaz de realizar sonhos e que poderia chegar onde quisesse. Vocês sempre acreditaram em mim quando nem eu mesma acreditava. E é por isso que hoje eu estou aqui concluindo mais uma etapa importante em minha vida! Por vocês!

Pai, Sr. Oswaldo, este trabalho é para você: por ser a minha razão nos momentos de fraqueza, por ser a minha base para que eu seguisse caminhando, por ser o braço forte que não me deixava cair. Obrigada por cada incentivo, pelas longas conversas online, por me apoiar apesar da saudade e medo de eu estar longe. Você me ensinou a lutar e a ter fé na vida! E obrigada por ter tanta fé em mim!

Dedico a você esse resultado. E espero que possa sempre se orgulhar da sua filha! Veja até onde você me fez chegar! Te amo, Chulé (rs).

Mãe, D. Rita, este trabalho é para você: pelo tanto que se dedicou a mim. Pelo quanto trabalhou para me dar uma boa educação, por todo amor e dedicação incondicionais que me proporcionou. Obrigada por ser tão dedicada, amável, amiga e a minha grande incentivadora. A minha coragem vem de você!

Dedico a você esse resultado. Espero que hoje, possa ver o que resultou todo este esforço. Te amo, cabritinha (rs).

Pai e mãe, obrigada por deixarem muito de vocês em mim! Tudo o que eu tenho é para vocês. Com vocês, eu sei o que é amor de verdade: “...abaixo de Deus só ficou vocês...”

Dedico também este trabalho aos meus avós paternos e maternos (**Ivone, Roberto e Wanda**), “In Memoriam”, pela existência de meus pais, Oswaldo e Rita, pois sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam.”

Agradecimentos

Ao professor Dr. Aristides Ferreira, por acreditar em mim e me desafiar a compreender com mais profundidade a relação da saúde com o trabalho. O trabalho que realizamos até aqui me fez resgatar a fé na Psicologia Organizacional e num trabalho mais humanizado nas organizações. O professor ajudou-me a concretizar o objetivo de me reencontrar com a Psicologia e identificar um novo lugar possível de atuação profissional. Obrigada por toda orientação, por cada desafio que me levou a superar qualquer limitação que eu tenha apresentado no caminho. Não tenho palavras para descrever o quão o professor contribuiu para minha formação neste mestrado. Obrigada por toda orientação, apoio e incentivo.

A Jô, a minha boadrasta-mãezona de coração! Obrigada pelo seu amor, sua dedicação e carinho comigo. Obrigada por torcer e sofrer junto, por cada palavra amiga e de conforto. Obrigada por cada oração que faz por mim e por me colocar num lugar tão especial na sua vida. Você é extremamente especial para mim e sou imensamente feliz por ter você. Te amo!

As minhas irmãs: Dani, Dedeia, Gi, Mona, Nick e Nessa. Obrigada por estarem comigo em todos os momentos da vida. Obrigada por torcerem e por serem cúmplices das minhas escolhas. Vocês foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui com foco e força, sabendo que sempre tenho com quem contar. Vocês são as minhas irmãs de coração e alma! Os anjos na terra que Deus me deu. Eu sou muito grata por ter vocês na minha vida. Eu jamais conseguirei agradecer por todo amor e apoio que me deram neste período. Eu amo vocês! PS: Vamos celebrar!

As minhas melhores amigas: Roberta Perrotti e Ana Gisele Morado. Obrigada por continuarem sendo as mesmas amigas, especiais e parceiras, mesmo à distância. A nossa amizade iniciou junto do meu caminho na Psicologia e hoje, além do mestrado, temos uma longa caminhada juntas e por toda vida! Muitos beijos para meus meninos, Joaquim (afilhado) e Miguel (sobrinho). Amo vocês.

A minha “garotchenha”, Leticia Florêncio. Obrigada por me receber em Lisboa de braços abertos e por não ter sido somente uma colega de turma, mas uma parceira de “vida portuguesa”. Obrigada por não me deixar desistir e acreditar que todo passo seria um sucesso! Esses dois anos só foram mais leves por ter você por perto. Obrigada, amiga!

A Michele, Libenir e Kayane, nunca terei palavras para agradecer o apoio e cuidado que tiveram com meus “filhotinhos” peludos. Saber que vocês estavam cuidando dos meus anjinhos de 4 patas, me deu toda a tranquilidade necessária para permanecer aqui e cumprir meus objetivos.

Ao meu namorado **Nuno Pinto** agradeço de coração e com muito amor. Obrigada por ser a minha paz nos momentos de turbulência. Obrigada por acreditar em mim e me incentivar a cada dia. Ter você na minha vida é essencial. Espero que esta tenha sido a primeira de muitas conquistas que partilharemos juntos. Sem você, todo este processo teria sido muito mais difícil. Obrigada por toda paciência, amor e dedicação (mesmo quando eu era a pessoa mais insuportável do mundo). Você é meu trevo de 4 folhas. Amo-te!

E por último e não menos importante, a todos **os meus familiares e amigos**, que me acompanharam e torceram para que esse sonho se concretizasse da melhor maneira possível. Todo o apoio de vocês me fez chegar até aqui. Obrigada

Resumo

O presente estudo tem como principal objetivo contribuir para um novo olhar sobre o presenteísmo, correlacionando biomarcadores (TSH, Glicemia e Cortisol) na identificação de doenças que prevalecem e influenciam na redução da produtividade. Com uma amostra de 72 indivíduos foi elaborado um questionário para testar a relação entre as variáveis presenteísmo e burnout associadas aos resultados das análises de sangue. Neste estudo foi proposto um modelo no qual fosse possível identificar que altos níveis de TSH associados a altos níveis de glicemia apresentem maior perda de produtividade. Como solução proposta foi realizado um estudo quasi-experimental com o mesmo número de participantes: uma ação de intervenção baseada no programa de mindfulness para redução do cortisol, conseqüentemente o stress. Os resultados que foram obtidos neste estudo comprovam as hipóteses propostas entre a relação dos biomarcadores, presenteísmo, perda de produtividade. Porém para o estudo sobre intervenções para redução do presenteísmo recomendamos aferir resultados em grupos de intervenção de 8 semanas conforme o recomendado pelo MBPs, uma vez que não houve diferença estatística significativa entre os grupos de intervenção de carga horária de 8 horas em ação realizada apenas num dia.

Palavras-chave: Presenteísmo; Biomarcadores/Marcadores Biológicos; Mindfulness; TSH; Glicemia; Cortisol; MBPs.

Abstract

The present study has as its main objective to contribute to a new look on presenteeism, correlating biomarkers (TSH, Glycemia, and Cortisol) in the identification of diseases that prevail and influence the reduction of productivity. With a sample of 72 subjects, a questionnaire was developed to test the relationship between the presentism and burnout variables associated with the results of the blood tests. In this study, a model has been proposed in which it was possible to identify that high levels of TSH associated with high glycemic levels present a greater loss of productivity. As a proposed solution, a quasi-experimental study with the same number of participants was carried out: an intervention action based on the mindfulness program to reduce cortisol, consequently stress. The results obtained in this study confirm the hypotheses proposed between the relation of biomarkers, presenteeism, loss of productivity. However, for the study on interventions for reduction of presenteeism, we recommend measuring results in 8-week intervention groups as recommended by MBPs, since there was no statistically significant difference between the 8-hour workload intervention groups performed in only one day.

Keywords: Presentism; Biomarkers / Biological Markers; Mindfulness; TSH; Glycemia; Cortisol; MBPs.

Índice	
Dedicatória.....	V
Agradecimentos	VI
Resumo	VII
Abstract.....	VIII
Índice	IX
1 – Introdução	2
2 – Presenteísmo	4
2.1 – Presenteísmo e Produtividade	7
2.2 – Presenteísmo e Burnout	8
2.3 – Presenteísmo e Biomarcadores	11
2.4 – Presenteísmo e Possíveis Intervenções	16
3 – Mindfulness	21
4 – Estudo Quasi -Experimental numa empresa em Saúde Ocupacional	25
4.1 – Enquadramento	25
4.2 – Procedimentos.....	27
4.3 – Amostra.....	29
4.4 – Instrumentos.....	30
5 – Resultados:	31
5.1 – Presenteísmo e Biomarcadores	32
5.2 – Presenteísmo e Mindfulness	34
6 – Discussão Geral	37
6.1 – Implicações Práticas.....	41
6.2 – Limitações e sugestões para estudos futuros.....	42
7 - Conclusão:	43
Referências Bibliográficas	44
ANEXOS	50
Anexo A – Cronograma e calendarização Estudo Experimental II	50
Anexo B – Plano de Sessão	50
Anexo C – Dados e Informações sobre a interação do TSH e Glicemia	51
Imagem 1: Dados sobre pessoas com doenças relacionadas a Glicemia	51
Anexo D – Inquérito	52
Anexo E – Plano de Desenvolvimento Individual	59
Anexo F – Análises do SPS	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Funcionamento da Tireoide.....	14
Figura 2: Regulação da glicemia pelos hormônios glucagon e insulina.....	15
Figura 3: Modelo de Análise – Interação dos altos níveis de TSH e Glicemia no sangue afetam a produtividade.....	16
Figura 4: Mecanismo processual para organização de ações nas organizações.....	19
Figura 5: Modelo de Análise - Efeito do Mindfulness no fenômeno do presenteísmo.....	24
Figura 6: Modelo de Análise – Correlação entre burnout, biomarcadores e presenteísmo. Mindfulness como uma possível intervenção para controlo do cortisol regulando o processo de adoecimento e redução do presenteísmo.....	24
Figura 7: Organigrama da empresa.....	25
Figura 8: Esquema cíclico do processo de adoecimento e impacto na produtividade.....	38

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Perspetivas e conceitos do Mindfulness.....	21
Tabela 2: Referência dos índices dos Biomarcadores de acordo com OMS.....	30
Tabela 3: Correlação entre as variáveis TSH, Glicemia e Presenteísmo.....	32
Tabela 4: Interação da Glicemia e TSH no sangue na explicação das perdas de produtividade associadas ao presenteísmo.....	32
Tabela 5: Médias e desvios-padrão das variáveis estudadas no pré-teste e no pós-teste para o grupo experimental e o grupo controlo.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Interação do TSH e da Glicemia no sangue, indicadores de dificuldade que os profissionais apresentam como sintomas para cumprir as suas tarefas.....	33
Gráfico 2: Efeito da prática do mindfulness no cortisol e influência no estado de saúde.....	35

1 – Introdução

O presenteísmo tem sido um tema bastante discutido no meio acadêmico, principalmente por autores que estudam as relações do indivíduo com o trabalho, o desempenho e a produtividade (Lohaus & Habermannb, in press). Por ser um fenómeno que antecede o absenteísmo e a cada dia mais comum nas empresas, o presenteísmo contribui para uma redução de até 20% na produtividade de uma empresa (Hemp, 2004). Além disso, traz a luz como o adoecimento e a saúde no trabalho, devem sempre ser considerados e discutidos, como “indicadores” importantes nas empresas e nas temáticas de gestão de pessoas e desenvolvimento humano (pessoal e profissional) nas organizações (Johns, 2010).

Algo ainda novo, porém de grande impacto e relação com o presenteísmo, é a análise dos biomarcadores, sendo um meio útil e eficaz para prevenção e promoção da saúde no trabalho. A análise dos indicadores sanguíneos poderá contribuir para um processo de gestão mais claro e preventivo em relação ao presenteísmo, identificando possíveis causas e promovendo ações que minimizem este fenómeno e evitem a passagem para o absenteísmo. Gerir o presenteísmo através das análises dos biomarcadores é uma forma possível de tratar as informações dos colaboradores sobre a sua saúde, apoiar os gestores na temática gestão de pessoas, utilizando indicadores de saúde, além de poder aproximar a saúde ocupacional e a medicina do trabalho da gestão estratégica organizacional (Yamamoto, Loerbroks & Terris, 2009).

Avaliar a correlação dos indicadores sanguíneos, com as possíveis doenças já estabelecidas (e ainda por desenvolver) e também a identificação do presenteísmo já instalado, traz novas possibilidades para a gestão de indicadores de saúde, relacionando assim, a saúde ocupacional com o desempenho profissional e a produtividade.

Neste estudo, através das análises iniciais realizadas com amostras de participantes (profissionais de uma empresa em Portugal), identificou-se que o cortisol, a glicose e o TSH são os biomarcadores mais comuns no processo de adoecimento e que estão associados com profissionais em estado de presenteísmo. Os altos níveis de *stress* produzem mais cortisol e afetam diretamente a qualidade de vida e o desempenho no trabalho (Lipp, 1998). O cortisol, por sua vez, afeta o sistema imunológico, ficando o indivíduo passível de doenças como alergias e processos infecciosos.

Os distúrbios da tiroide e glicemia são duas das patologias endócrinas mais comuns e encontradas em pessoas que apresentam disfunções hormonais. As duas condições coexistem

com uma certa frequência e há uma evidência de que, a disfunção da tireoide em pacientes com disfunção glicêmica é maior do que na população em geral: "...hipertireoidismos descontrolados em pacientes diabéticos podem desencadear emergências hiperglicêmicas, enquanto a hipoglicemia episódios foram relatados em pacientes diabéticos com hipotireoidismo..." (Kadiyala, Peter & Okosieme, 2010, p.1131). Os sintomas associados a glicose como tontura, suor frio, sensação de desmaio, náuseas, podem ser mais críticos em seu estado crônico, acompanhado por uma sensação ruim de mal-estar. Enquanto as alterações no TSH (que é a hormona que estimula a tireoide e a induz na produção do T3-tridotironina e T4 -tiroxina) geram sintomas como cansaço, constipação, calafrio, batimento cardíaco acelerado, nervosismo, sensação de calor constante.

Sabemos que doenças como estas, por muitas das vezes, não levam ao estado de ausência, pois alguns manifestam-se de maneira mais branda e são "suportáveis" e não completamente limitante. Com isto, e por outras questões envolvidas que influenciam a decisão de trabalhar mesmo doente, os profissionais optam por permanecerem na empresa fisicamente a cumprir as suas atividades, mas por estarem adoecidos, há uma implicação clara na realização das tarefas, impactando a qualidade do trabalho realizado, o excesso de repetições das tarefas e o não cumprimento de metas e prazos (Zhang, Sun, Woodcock & Anis, 2015).

O que as empresas possuem como forma de mitigar este fenómeno seria, sem dúvida, promover a saúde no trabalho através das intervenções em programas de saúde. Os programas de saúde possuem em sua essência, através de um processo de educação corporativa, a sensibilização e conscientização das empresas e profissionais sobre a importância da saúde mental e física no trabalho. Com este tipo de ação só é possível obter resultados claros, eficientes e eficazes se a organização compreender que se trata de um investimento e não de custos corporativos (Hemp, 2004). A cultura organizacional precisa também estar mais direcionada para o desenvolvimento de pessoas, para que assim seja possível tornar o ambiente de trabalho mais saudável e menos adoecido. Com isto, conseqüentemente, a empresa terá profissionais não somente qualificados e mais motivados, mas também mais produtivos e com um compromisso mais fidedigno com a empresa (Amick, et al., 2016; Ammendolia, Cancelliere, Cassidy & Côté, 2011;).

Seguindo estas diretrizes e por ser um dos recursos mais recentes e também utilizado em programas atuais de promoção e prevenção na saúde, o mindfulness tem apresentado

contribuições interessantes para a redução de doenças: controlo da mente, autorregulação e reconhecimento de sintomas no corpo (Brewer et al., 2016). Por estas e outras questões, o mindfulness vem sendo adotado nas organizações como uma possibilidade de intervenção no campo da saúde ocupacional. Como um dos benefícios da atenção plena, a redução do *stress* poderá consequentemente induzir uma melhor reflexão a respeito das implicações sobre trabalhar doente. E é por isso que, a tomada de consciência sobre este aspeto poderá trazer mais clareza aos profissionais no que se refere aos grandes impactos pessoais e organizacionais em manter-se no trabalho mesmo quando adoecido (Dusek, Emmons, Griffin, Johnson & Rivard in press).

Através dos *inputs* já descritos, buscamos não só compreender o presenteísmo de uma maneira mais clara e aprofundada e, também a sua relação com outros fenómenos como burnout, por exemplo. Mas também esperamos contribuir com novas abordagens e olhares para um melhor entendimento das relações e causas do adoecimento, através das análises dos biomarcadores e sua correlação com o fenómeno presenteísmo. Além disso, buscamos contribuir (através de uma análise mais aprofundada) com medidas de intervenção que trabalham de uma forma mais assertiva na prevenção e promoção da saúde, objetivando sempre, reduzir o presenteísmo.

O presente estudo está organizado em sete capítulos principais. O primeiro capítulo consiste num enquadramento teórico sobre presenteísmo e as temáticas relacionadas com a teoria, como: produtividade, burnout, biomarcadores e possíveis intervenções. O segundo capítulo discorre sobre o mindfulness e a sua aplicabilidade no âmbito organizacional. Já o terceiro capítulo, apresenta a metodologia de investigação descrevendo o estudo quasi-experimental (contextualização, procedimentos, amostra e instrumentos). O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos com a análise dos biomarcadores e intervenções em mindfulness. No quinto capítulo são discutidos estes mesmos resultados à luz dos conceitos explorados inicialmente, analisando as implicações práticas e limitações e sugestões para estudos futuros. No último capítulo foram apresentadas as conclusões do estudo, com acréscimo de uma reflexão sobre a relação dos marcadores biológicos com o presenteísmo e a contribuição para a saúde mental.

2 – Presenteísmo

Não é uma grande novidade que o mercado de trabalho a cada dia se apresenta de forma mais exigente em relação ao que é esperado dos profissionais em questões

comportamentais e sobre o que consideram como adequado no ambiente de trabalho. Seguindo este princípio, estar presente no trabalho a qualquer custo é cada vez mais comum no ambiente corporativo, sendo este um processo influenciado por alguns aspetos como a situação atual global, a disputa e a concorrência internacional, a recessão económica no mundo ao longo dos anos, as transformações cruciais nas relações de trabalho, como: demissões, reformas precoces e vínculos de trabalhos temporários (Worral e Cooper, 2000 como referido em Lu, 2018, p. 69).

Com isto, a forma como as empresas apresentam as suas necessidades e o que valorizam na postura de um profissional, bem como a exigência por um alto nível de produtividade, alta performance e resultados, contribuem para que haja um efeito direto e de impacto negativo, afetando portanto, o bem-estar, a saúde e conseqüentemente, a produtividade dos colaboradores. As empresas que apresentam pouca flexibilidade em relação ao horário de trabalho e na forma da realização das tarefas, alto nível de pressão por resultados e entregas, bem como as que consideram a presença física no trabalho, independentemente de qualquer situação de saúde, normalmente assumem que tais atitudes estão relacionadas ao nível de compromisso que os profissionais estabelecem com a empresa (Ferreira, Mach, Martinez, Brewster, Dagher, Perez-Nebra, Lisovskaya, in press).

Estas questões, como um conjunto de atitudes, podem reforçar um fenómeno muito comum, mas que ainda é visto com pouca relevância no ambiente corporativo. A decisão do colaborador por ir e/ou estar presente no local de trabalho, a realizar as suas tarefas mesmo apresentando um estado de saúde não adequado, ou seja, em adoecimento, é o que chamamos de presenteísmo (Aronsson, Gustafsson & Palmer, 2000; Hemp, 2004; John, 2010).

O presenteísmo torna-se cada vez mais evidente, uma vez que, os profissionais entendem que estar fisicamente no trabalho, independente da sua situação de saúde, traz algum tipo de garantia para permanência no emprego ou melhores indicadores na sua avaliação de desempenho individual (John, 2010). O autor defende que este fenómeno, já bastante comum nas empresas, deve também ser associado às práticas organizacionais como: políticas sobre salário, subsídio de doença, controlo de atendimento, *downsizing*, fusões e aquisições, onde também podemos complementar com questões demográficas como faixa etária, nacionalidade, género, dentre outras.

O presenteísmo é também considerado um fenómeno complexo por estar constantemente a ser moldado por aspetos individuais e de grupo, predefinidos e apoiados pela cultura organizacional, sendo também reforçados nos períodos de picos de trabalho, com prazos curtos *versus* fluxo de trabalho, pressão das equipas (pares e colegas) e

relacionamento com a chefia. Além disso, a motivação individual, a percepção do impacto do próprio trabalho, a forma como a empresa compreende e aceita a ausência, também acabam por influenciar e reforçar a manifestação deste fenómeno (Baker-McClearn, Greasley & Griffiths, 2010; Hansen & Andersen, 2008).

Num estudo realizado com um grupo de profissionais na Dinamarca em 2008, indicou-se que mais de 70% dos empregados foram trabalhar mesmo doentes, pelo menos uma vez num período de 12 meses (Hansen & Andersen, 2008). Gosselin, Lemyre e Corneil (2001) reforçam que o excesso de compromisso e intensidade que os profissionais insistem em apresentar ao “aparecer” no trabalho mesmo quando doentes, intensificam o comportamento da “presença” quando na verdade, deveriam diante das queixas e problemas de saúde, descansar e tirar licença médica. Este seria então, um processo cíclico do adoecimento, a destacar que é de extrema importante analisar os padrões que o presenteísmo apresenta. Baker-McClearn, Greasley & Griffiths (2010) em dois estudos qualitativos realizados em companhias de energia, identificaram que os empregados que se mostravam envolvidos no fenómeno - adoecido e por estar no trabalho - para cobrir picos de produção e/ou crises, após este episódio - logo em seguida - manifestavam a ausência, assumindo assim, o absenteísmo. Tanto o presenteísmo quanto o absenteísmo são indicadores importantes de saúde do trabalhador e principalmente sobre como as organizações lidam com as necessidades dos resultados e o suporte emocional para o *stress* corporativo. Para grande parte dos pesquisadores, o presenteísmo e absenteísmo são fenómenos que possuem uma forte correlação (Aronsson & Josephson, 2009).

Sobre o processo de adoecimento no trabalho, as condições apresentadas podem incluir danos ao comportamento, riscos e problemas de saúde agudos e secundários (por exemplo, o resfriado comum) e doenças crônicas, mais graves (por exemplo, diabetes, stress, disfunções da tiroide entre outros). Um ponto-chave para a presenteísmo envolve especificamente uma situação em que, uma pessoa que é totalmente produtiva é exposta a um evento que afete a sua saúde, o que influencia o processo de decisão entre ficar em casa ou permanecer ativo no seu trabalho (Lohaus in press).

No que se refere a um impacto direto do presenteísmo nos indivíduos e nas empresas e, que também desperta o interesse de diversos grupos organizacionais para este tema, é o quanto o adoecimento no trabalho afeta produtividade, diminuindo a capacidade e qualidade na realização das tarefas. A relação do presenteísmo com a produtividade é direta e de grande relevância, por isso será refletida na seção a seguir

2.1 – Presenteísmo e Produtividade

Segundo Hemp (2004) para algumas empresas, a baixa produtividade ainda é mais relevante do que a não produção, portanto estar presente no trabalho – mesmo adoecido - ainda é considerado uma mais valia do que a total ausência. Sobre este aspeto, ou seja, a redução da produtividade relacionada ao presenteísmo, para o autor, pode ser até um terço do que é considerado habitual. E o custo do presenteísmo apresenta-se mais oneroso do que no absentismo, conforme citado: ... *“como as empresas lutam para controlar os custos de cuidados de saúde, a maioria ignora o que pode ser um problema de \$ 150 bilhões: o dreno quase invisível na produtividade dos trabalhadores causada por essas doenças comuns como febre do feno, dores de cabeça, e até mesmo azia”* (Hemp, 2004, p.5).

Johns (2010) ao descrever em números o impacto do presenteísmo na produtividade destaca: *“... o comprometimento do trabalho atribuído ao presenteísmo variou de 17,8 a 36,4% e aumentou com o número de condições crônicas relatadas. Esta maior deficiência foi devido a ansiedade, depressão ou problemas emocionais, seguidos por problemas respiratórios (23,8%) e enxaquecas (23,4%). Os autores estimaram que a saúde média dos trabalhadores da Dow empresa \$ 6721 por presenteísmo, \$ 661 devido a absentismo, e \$ 2278 devido a cuidados de saúde diretos...”* (Johns, 2010, p.529).

Outras questões que devem ser consideradas na análise da relação presenteísmo e produtividade, que estão além das questões práticas como produção, custo e lucro são aspetos individuais e característicos de cada colaborador, podendo ser apontados: traços específicos de personalidade, exigências financeiras individuais, contrato emocional e relação trabalho-família. Os profissionais que vivenciam condições menos favoráveis em diversas áreas da vida pessoal e profissional tendem a apresentar maior nível de envolvimento no presenteísmo e, conseqüente, com mais impacto e redução na produtividade (Pohling, Buruck, Jungbauer, & Leiter, 2016). Os autores ainda complementam que a percepção individual sobre a facilidade em ser substituído, a justiça percebida e a segurança no trabalho também reforçam o fenómeno do presenteísmo.

Já para Hemp (2004) o estado de adoecimento *versus* a permanência no trabalho impacta a produtividade nos seguintes aspetos:

1. Quantidade de trabalho a ser realizado: os profissionais que se apresentam doentes tendem a trabalhar de forma mais lenta do que o habitual e menos entrega;

2. Repetição de tarefas: os profissionais que trabalham doentes tendem a repetir a mesma tarefa por diversas vezes;
3. Qualidade do trabalho: os profissionais que estão presentes e doentes no ambiente de trabalho apresentam mais tendência a erros, mesmo sendo eles mais ou menos graves.

Duas das doenças também associadas ao presenteísmo e que afetam a sociedade moderna de uma maneira geral, são a ansiedade e a depressão. Tais doenças se enquadram na ordem da doença mental e, Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou um número total de pessoas com depressão ultrapassou 300 milhões em 2015, e um número similar de as pessoas estão passando por transtornos de ansiedade. A depressão é considerada como a principal causa global de anos perdidos e os transtornos de ansiedade foram a sexta maior causa em 2015. Esses distúrbios psiquiátricos estão associados com licença por doença a longo prazo do local de trabalho e perda de produtividade (Kim, Lee, Yook, Hong, Lee, Yoon & Kang, 2018).

Todas as questões envolvidas com o presenteísmo e com a exigência pela produtividade, podem levar o profissional a um nível de esgotamento profundo, onde permanecer a trabalhar mesmo doente e entender que não há espaço para o seu processo de “cura” e recuperação adequadas podem levar, sem dúvida, a um outro fenómeno também muito comum nos profissionais, conhecido como burnout. Esta temática será trabalhada na secção a seguir.

2.2 – Presenteísmo e Burnout

Antes de iniciar a correlação entre ambos fenómenos e perceber como um pode influenciar o outro, ou até mesmo, contribuir para o seu agravamento, é preciso definir e clarificar o que seria burnout no contexto organizacional: apresentando-se como uma síndrome, agrupa um conjunto de sintomas/dimensões que o caracterizam e tornam assertiva a forma de identificar a sua manifestação. Sendo eles: exaustão (representada pela falta ou carência de energia, entusiasmo e um sentimento de esgotamento de recursos), cinismo/despersonalização (representado pela relação objetal oferecida nas relações de trabalho com os clientes, colegas e a organização) e ineficácia/falta de realização (representada pela tendência de o profissional perceber a si próprio de maneira mais diminuída, sentindo-se infelizes e insatisfeitos consigo e com seu desenvolvimento profissional) (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Decerto, é cada vez mais necessário e de grande importância pensar em temas relacionados à saúde no trabalho, bem como manter a saúde mental dos profissionais como foco nas organizações. Principalmente porque as pessoas dedicam cada vez mais horas dos seus dias a executar atividades relacionadas ao trabalho. A importância central que o trabalho exerce na vida do indivíduo, é sem dúvida, considerada como um dos responsáveis para a construção da identidade e autoestima (Schaufeli & Greenglass, 2001).

Além do presenteísmo, discutir o burnout poderá trazer contributos importantes para, não só a saúde no trabalho, mas para os indicadores de performance (a considerar o que são níveis elevados e reduzidos de produtividade) a perceber a relação direta que um tem como o outro (produtividade x burnout x presenteísmo). Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) apontam que os profissionais que ainda permanecem na mesma atividade e não se desvinculam da empresa, estando em burnout, apresentam uma redução significativa do desempenho no trabalho. Ou seja, é cada vez mais necessário perceber que a pressão por resultados e a exigência por uma alta capacidade produtiva (além, óbvio, de outras implicações ocupacionais) estimulam o stress, que, por sua vez, funciona como um dispositivo para o esgotamento emocional. Este “processo” gera uma reação emocional que, de longo prazo e com caráter crônico produz o adoecimento.

Um fato importante sobre o burnout é que ele expressa a forma como um profissional experiencia, individualmente, uma situação de stress dentro de uma organização e na relação que estabelece com outras pessoas no ambiente de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Toker, Shirom, Shapira, Berliner & Melamed, 2005; Thun, Fridner, Minucci, & Lovseth, 2014). Uma vez que os sintomas se manifestam, não seria algo considerado rapidamente reversível, mesmo após uma promoção de mudança na execução das atividades e nas condições de trabalho. Este processo, principalmente na exaustão, deve ser levado em conta, desde a identificação bem como na adequada recuperação (Toker, Shirom, Shapira, Berliner, & Melamed, 2005). Há, portanto, uma complexidade no que se refere à exaustão, por ser simplesmente algo experimentado e que faz com que as ações estabeleçam um distanciamento entre si – emocional e cognitivamente - do seu trabalho, sendo isto, um recurso para lidar com a sobrecarga percebida e exigida na execução das atividades e relações laborais (Maslach et al., 2001).

Posto isto, é provável e comum que os profissionais em burnout permaneçam em seu posto de trabalho, exercendo as suas atividades mesmo não apresentando as melhores condições de saúde mental e física (uma vez que os sintomas da exaustão também se

manifestam fisiologicamente e apresentam limitações mentais). Concluímos então, a primeira relação do burnout com o presenteísmo, que é reforçado com trecho do artigo Demerouti, Bakker, Le Blanc, Schaufeli & Hox (2009): “... o profissional que ainda está num estado de saúde não favorável terá que fazer esforços adicionais, mais compensatórios, durante o período que permanece no trabalho...”. Portanto é de se reconhecer que o resultado deste esforço é um acúmulo de carga negativa levando a um maior investimento de energia gerando assim uma fadiga crônica. Logo, o presenteísmo, ao reduzir o processo de recuperação leva o indivíduo a níveis mais altos de exaustão (Meijman & Mulder, 1998 referido por Demerouti, 2009).

Sendo assim, o presenteísmo é associado a uma probabilidade de aumentar o burnout, caso não haja recuperação física e psicológica adequada após episódio de doença ou exaustão (Demerouti et al., 2009 referido por Fridner, Minucci & Løvseth, 2014; Meijman & Mulder, 1998). Como exemplos concretos, os autores reforçam estudos realizados com médicos (Dellve et al., 2011; Ro, Tyssen, Gude, & Aasland, 2012) onde o presenteísmo foi considerado como preditor relevante e significativo para o burnout. Há ainda um outro ponto de vista desta relação: a exaustão emocional pode ser determinante no presenteísmo e conseqüentemente, no absenteísmo. (Vroome, Smulders & Houtman, 2010 referido por Thun, Fridner, Minucci & Løvseth, 2014)

O presenteísmo e burnout podem ser delineados como uma espiral, com conseqüências nada favoráveis ao longo do tempo. Vroome et al. (2010) indicam que há uma correlação positiva entre a exaustão e o presenteísmo, argumentando que o esgotamento emocional pode influenciar o presenteísmo, sendo o esgotamento um grande influenciador no adoecimento e na decisão de permanecer doente no local de trabalho. É, no entanto, preciso que haja mais estudos e investigações na área para obter dados mais consistentes sobre a relação direta de ambos os fenômenos.

O que é de facto preciso, é que as empresas reconheçam o adoecimento como algo a ser considerado como importante e crucial para o desenvolvimento de políticas assertivas e eficazes de promoção de saúde no local de trabalho. Uma grande oportunidade para pôr esta questão em prática é utilizar alguns recursos internos corporativos como a análise dos exames médicos ocupacionais. Loerbroks, Yamamoto e Terris (2010) indicam que a medição ideal para analisar o presenteísmo seria capturar tanto condições psicossociais quanto fisiológicas que afetam a produtividade.

Seguindo nesta linha, destacamos alguns marcados biológicos que podem ter relação com o presenteísmo, como o cortisol, por exemplo (Loerbroks, Yamamoto & Terris, 2010).

2.3 – Presenteísmo e Biomarcadores

O ser humano na sua totalidade, bio-psio-social, apresenta esta estrutura formativa em todos os aspetos na sua vida. Ao analisarmos, o processo de adoecimento mental e físico, bem como a manutenção do estado de doença que o fenómeno do presenteísmo pode apresentar e favorecer, trazemos à luz, uma possibilidade de estudar os marcadores biológicos para compreendermos assim, o estágio de adoecimento (inicial e avançado) que um colaborador apresenta. Segundo Loerbroks, Yamamoto & Terris (2009) os biomarcadores, como os indicadores de frequência cardíaca e cortisol, oferecem medidas objetivas para a deteção de adoecimento e stress, portanto, considerar os indicadores sanguíneos com a análise do presenteísmo, pode proporcionar uma avaliação mais profunda da produtividade no trabalho bem como delinear ações de promoção de saúde.

Sendo assim, podemos afirmar que a complexa relação corpo/mente são reguladas pelo sistema imunológico, endócrino e pelo sistema nervoso central. Sobre o sistema imunológico, Imbeloni (1987) afirma que a imunidade se refere ao processo orgânico de reconhecer e defender o corpo de material não conhecido e também se compõe por dois mecanismos obrigatórios: um sistema imunológico não-específico e o outro específico, sendo essas intimamente interrelacionadas.

Alvarez-Mon e Martínez (1999) reforçam que o sistema imunológico é constituído por uma complexa rede celular e molecular que espalhadas pelo organismo, produzem uma resposta ao antígeno¹, e que poderá destruir ou o inativar essa substância. O sistema imunológico representa uma atuação eficiente contra os microrganismos que entram no organismo ou no processo maligno de conversão celular no desenvolvimento de doenças como infeções e tumores. Todo este processo imunológico é regulado pelo sistema nervoso central e endócrino (Filho, 2009 a citar Stein, 1969) e que o hipotálamo², regulador de

¹ Qualquer substância que, quando introduzida no organismo, leva à formação, por mecanismos imunológicos, de um anticorpo - com o qual pode reagir e pela qual pode ser inativada
Fonte: www.infopedia.pt

² O **Hipotálamo** é uma região do encéfalo localizado sob o tálamo, formando uma importante área na região central do diencéfalo, tendo como função regular determinados processos metabólicos e outras atividades autônomas. O hipotálamo liga o sistema nervoso ao sistema endócrino sintetizando a secreção de neuro hormônios (também chamado de "liberador de hormônios") sendo necessário no controle da secreção de hormônios da glândula pituitária — entre eles, liberação da gonadotropina [1] (GnRH). Os neurônios que secretam GnRH são ligados ao sistema límbico, que está envolvido principalmente no controle das emoções e atividade sexual. O hipotálamo também controla a temperatura corporal, a fome, sede, e os ciclos circadianos. Fonte: wikipedia.pt

determinados processos metabólicos, onde as influências nervosas sofrem mediações e modificam as descargas simpáticas e parassimpáticas”.

Filho (2009) ainda reforça que ... “o sistema imunológico é o grande elo que explica interações entre fenômenos psicossociais e importantíssimos terrenos da patologia humana”, onde podemos exemplificar algumas doenças relacionadas com a hipersensibilidade, autoimunidade, infecções e neoplásicas.

Sobre o impacto de algumas substâncias no sistema imunológico e que contribuem para a sua alteração, destaca-se inicialmente o cortisol, que é uma hormona da família dos esteroides e é produzida pelo organismo em resposta ao stress. O stress foi um termo elaborado por um médico austríaco em 1930 que o definiu um estado do organismo que é manifestado através de uma síndrome, Síndrome da Adaptação Geral (SAG) Selye (1959): “...Síndrome de Adaptação Geral (SAG) constitui um conjunto de reações não específicas desencadeadas quando o organismo é exposto a um estímulo ameaçador à manutenção da homeostase...” Segundo o autor, essa manifestação respeita três fases³:

1 - Alarme: fase que corresponde ao stress agudo e que afeta o sistema biológico gerando a liberação hormonas na corrente sanguínea e também ocorre a estimulação do sistema autônomo simpático, o que pode levar à um estado crônico de fadiga.

2 - Resistência: fase que corresponde ao stress crônico e que gera um aumento da atividade do córtex da suprarrenal, com manifestações de atrofia do baço, de estruturas linfáticas, leucocitose, diminuição de eosinófilos e ulcerações. Caso o que gere o stress permaneça em seu processo de manifestação, esta fase, por sua vez, também permanece, e o mecanismo de defesa acaba por falhar, fazendo com que indivíduo passe para a terceira fase.

3 - Exaustão: fase semelhante a fase 1 e 2, que corresponde a um ciclo, onde há um retorno à fase de alarme e as reações, onde é novamente disseminado os sintomas de cada fase, porém, a característica inicial protetora, pode ir além das necessidades básicas, originando efeitos indesejáveis, como doenças crônicas.

³ http://labs.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista2/volume2_reacoes.htm

Podemos destacar a reação psicossomática ao stress como uma “falha” do organismo, e a partir disso, os sintomas de adoecimento manifestam-se no corpo.

Sobre o stress, quando demasiado, o mesmo impacta diretamente o desempenho no trabalho e a qualidade de vida (Lipp, 1998). Alguns estudos também associaram a percepção das experiências do dia-a-dia com resultados dos processos fisiológicos onde estabelecem alguma relação entre o stress, atividades fisiológicas e as experiências vividas como negativas, acabam por apresentar níveis cortisol mais altos e aumento da atividade cardiovascular (Steptoe & Wardle, 2009).

Alguns estudos relacionam o stress com a alteração dos parâmetros imunológicos, que por consequência geram também alteração no funcionamento do sistema nervoso central, associada ao stress relacionado ao trabalho, têm sido relacionados como fatores de risco para o desenvolvimento de diversos processos infecciosos (Díaz-Rodríguez, Arroyo-Morales, Cantarero-Villanueva, Fernández-Lao, Polley, Fernández-de-las-Peñas – 2011).

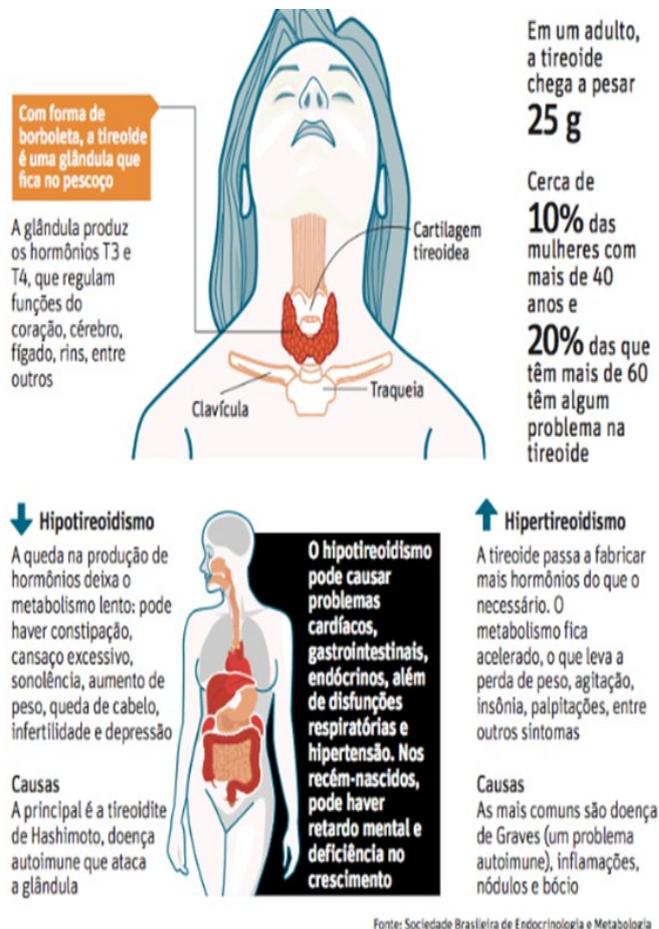
Segundo Ballone (2007). outra reação do organismo que está relacionada ao sistema imune são as alergias, que tratam de uma reação anormal a um ou mais elementos aparentemente inócuos que, quando apreendidos pelo organismo, seja através do contato com a pele, ingeridos ou inalados, causam uma reação aversiva. O autor também postula que a alergia é uma intolerância a alguma circunstância e que existem inúmeras manifestações clínicas, de um simples lacrimejamento ou coceiras, até doenças autoimunes graves, como o lúpus; fatores mentais como o stress, a ansiedade e a depressão foram reconhecidos como capazes de afetar o sistema imune (Raison, 2001 a citar Ballone, 2007).

Outros biomarcadores importantes associados a morbidez somática e psicológica são hormonas da tiroide (Thyilum et al., 2014). A tiroide é uma glândula responsável pela produção de hormonas que controlam o metabolismo. As hormonas associadas a tiroide são: TSH, T3 e T4.⁴ Segundo Nexo (2014). aproximadamente 15% da população adulta ocidental apresenta alguma disfunção da tiroide, sendo as patologias tireoidianas diagnosticadas na fase adulta e com um curso crônico, afeta de forma mórbida, os processos somáticos e qualidade de vida relacionada à saúde a curto e longo prazo (Ponto & Kahaly 2012; Thyilum et al., 2014 referenciado em Nexo, 2014).

⁴ <https://www.endocrino.org.br/tiroide/>

A alteração na tireoide pode indicar dois tipos de doenças que apresentam sintomas e impactos diferentes:

Figura 1: Funcionamento da Tireoide

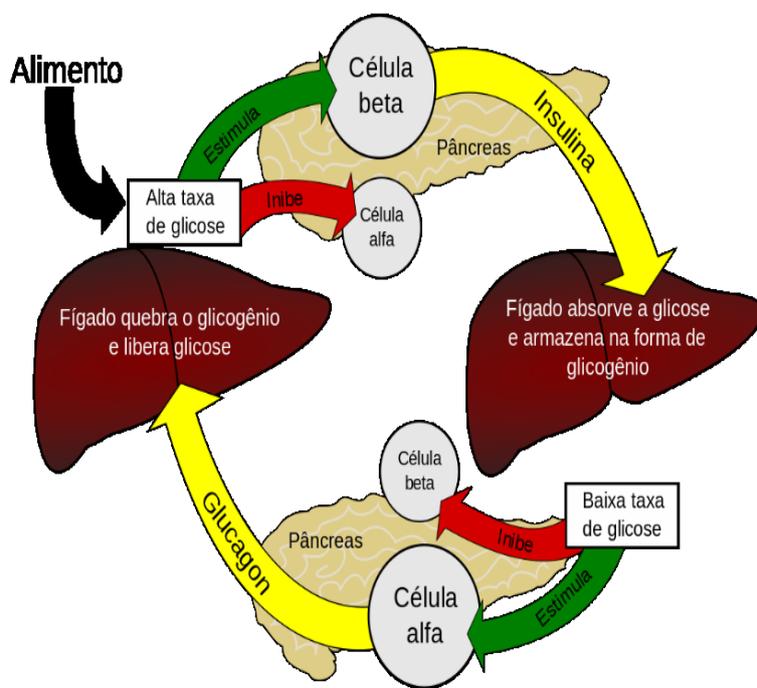


1 - Hipertireoidismo - neste caso, a tireoide produz hormonas em excesso, como por exemplo, o TSH). o que acarreta uma aceleração do metabolismo, que por sua vez, apresenta sintomas como: como irritabilidade, perda de peso, aumento da frequência cardíaca, transpiração excessiva e intolerância ao calor. (Nexø, 2014).

2 - Hipotireoidismo - neste caso, a tireoide produz menos hormonas o que acarreta maior lentidão no metabolismo, que por sua vez, apresenta sintomas como: sonolência, dores de cabeça, tremores nas mãos e fraqueza. (Nexø, 2014).

Para finalizar o tema dos biomarcadores, falaremos sobre a importância da glicemia, nas análises e correlações com os processos de adoecimentos: a glicemia refere-se à concentração de glicose no sangue. Os valores da glicemia, quando considerados como fora do que é saudável, ou seja, tanto para mais ou menos do que é indicado, apresenta algumas complicações de saúde que se denominam como a híper e hipoglicemia:

Figura 2: ⁵Regulação da glicemia pelos hormônios glucagon e insulina.



1 - Hiperglicemia: neste caso, há uma grande concentração de glicemia no sangue, o que apresenta como sintomas: boca seca, sede, urinar frequentemente, cansaço e visão turva.

2 - Hipoglicemia: é o contrário da hiperglicemia, ou seja, baixa concentração de glicemia no sangue e a apresentar sintomas como: pode sentir tremores,

sensação de fraqueza, suores frios, fome súbita, palpitações, cansaço fácil ou irritabilidade (Christie & Schrater, 2015).

Segundo o IDF (*Internacional Diabetes Federation*⁶), a hiperglicemia, se não for cuidada e controlada, com o passar do tempo, poderá causar outros sérios tipos de doenças: doença cardiovascular, neuropatia, nefropatia, e doença ocular, levando a retinopatia e cegueira. Há também uma relação importante com o declínio cognitivo, sendo um processo que trabalha com restrições biológicas (Christie e Schrater, 2015). Ou seja, a hiperglicemia apresenta como consequência a diminuição gradual nas atividades cognitivas.

Ferreira e Ramos (2011) destacam que glicemia, segundo a Organização Mundial de Saúde é considerada um dos problemas de saúde que geram maior impacto de caráter económico e social, sendo eles relacionados a produtividade (presença apesar da doença e ausências) e os custos (gastos com medicamentos e hospitalares). A disfunção glicémica

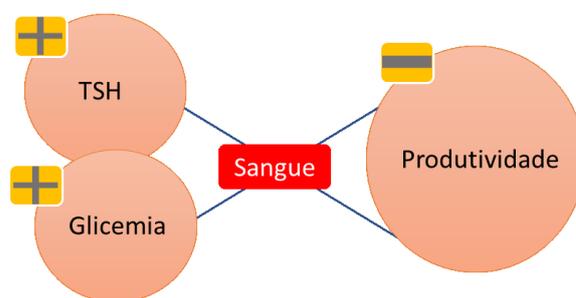
⁵ Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Glicemia#/media/File:Glicemia.svg>

⁶ Verificar anexo com indicadores de Portugal, sobre doenças relacionadas a glicemia. Dados de 2017.

também interfere em alguns outros aspetos relacionados a distúrbios emocionais como a depressão, ansiedade e stress. Além disso, a síndrome endócrina (altos níveis de TSH e Glicemia) ao interagir no sangue podem gerar sintomas que afetem o desempenho.

H1 - Espera-se que indivíduos com altos níveis de TSH (hipertireoidismo) interagindo com o nível de glicose no sangue, apresentem mais dificuldades em cumprir suas tarefas.

Figura 3: Modelo de Análise – Interação dos altos níveis de TSH e Glicemia no sangue afetam a produtividade.



Como forma de melhorar a atenção para a saúde nas empresas, destaca-se possíveis intervenções como prevenção e manutenção dos aspetos de adoecimento no trabalho.

2.4 – Presenteísmo e Possíveis Intervenções

Após discorrer sobre o presenteísmo e seus impactos na produtividade, suas causas e relação com o burnout e os biomarcadores que se apresentam juntamente com este fenómeno é também de grande importância, refletir sobre o que a ciência traz de possibilidades para intervenções preventivas e de “tratamento” na literatura. Embora a pesquisa do presenteísmo seja relativamente nova em relação as outras questões do trabalho, como por exemplo, o absentismo é importante conseguir identificar, medir e apontar indicadores mais eficientes sobre o tema é uma forma inicial e satisfatória para intervir e assim, reduzir o presenteísmo (Cancelliere, Cassidy, Ammendolia, & Côté, 2011)

Sobre medir o presenteísmo, Cancelliere et al. (2011; p.:2) relatam: “...atualmente, o presenteísmo é habitualmente medido como os custos associados com a produção de trabalho reduzida, erros no trabalho, ou incapacidade de cumprir as normas de produção da empresa...”. Os autores afirmam que ainda é difícil quantificar economicamente o presenteísmo porque não há estudos anteriores que utilizem as mesmas medidas por considerarem diferentes grupos de trabalhadores e métodos para atribuir valores monetários

referente as suas perdas. No entanto, não há discordância de que os custos deste fenómeno são mesmo consideráveis para as organizações.

Novas evidências também sugerem uma necessidade de mais investimentos em diagnóstico e prevenção, a considerar triagens, tratamento, aconselhamento e educação. (Aronsson & Gustafsson, 2000; Hemp, 2004). O maior objetivo das ações, sem dúvida, trata-se da conscientização sobre o adoecimento e as consequências sobre estar presente no trabalho mesmo doente.

Obviamente, a eficácia destes procedimentos está relacionada a forma como as empresas compreendem as atividades envolvidas em identificar e tratar o presenteísmo, ou seja, a maneira como são percebidas as ações - custo ou investimento? - interferem no nível, formato e resultado. Para Aronsson & Gustafsson (2000) a empresa que percebe tais ações como um investimento (assim no processo de formação dos seus trabalhadores, onde consideram uma mais valia ter uma força de trabalho qualificada) terá uma força de trabalho mais consciente e saudável e não prejudicada por eventos e manifestações de doenças menores e rotineiras, havendo assim, uma melhoria não somente na produtividade, mas também no negócio.

Desta forma, compreendemos que os programas de incentivo à saúde são considerados como intervenções possíveis também para o presenteísmo. Conforme definido pelos autores Cancelliere et al. (2011) toda a promoção da saúde no ambiente de trabalho passa por prevenir, minimizar e eliminar os riscos de adoecimento, bem como realizar a manutenção e promoção de uma maior capacidade (estar saudável) de realizar o trabalho. Os autores ainda complementam que a saúde do trabalhador não se difere da saúde individual fora do ambiente de trabalho, sendo assim, é preciso manter um equilíbrio entre os aspetos físicos, mentais e sociais, bem como promover e manter hábitos saudáveis que associados a uma boa condição física, podem favorecer mais vitalidade, energia e maior disposição. Além disso, se faz necessário pensar numa abordagem que integre iniciativas dentro e fora do local de trabalho e que possam promover maiores ganhos para a relação empregadores x empregados. Todas estas considerações são consideradas também como um processo que pode levar à inovação e, será a inovação que levará a excelência neste campo (Ammendolia et al., 2016).

Outro aspeto relevante a ser considerado como possível proposta de intervenção no presenteísmo seria reconsiderar os incentivos e premiações por assiduidade e presença, bem como a não opção de licença médica paga (Aronsson & Gustafsson, 2000). Tais sugestões

trazem como princípios a não continuidade destas ações como um reforço positivo sobre estar doente no trabalho. Aronsson et al. (2000) ainda reforçam que para além das políticas organizacionais citadas, a cultura do apoio e ambiente de trabalho mais ameno precisam ser considerados para uma maior eficácia na implementação dos programas de intervenção e promoção da saúde. Sendo assim, podemos compreender que os ambientes organizacionais que focam na redução do stress e mantêm a proximidade com a equidade, *design* de trabalho mais flexível, preparo da liderança com uma gestão mais focada no desenvolvimento profissional dos seus trabalhadores e que reforçam o compromisso e o contrato psicológico de uma maneira mais positiva, tendem a diminuir consideravelmente o fenómeno de estar presente mesmo doente no ambiente de trabalho.

Numa pesquisa realizada pelo *Institute for Employment Studies* em 2016, a autora Valerie Garrow destaca que as empresas devem desenvolver estratégias de saúde que apresentem uma visão mais holística da saúde do trabalhador, ao invés vez de se concentrar apenas na redução ausência/presença (relação entre o presenteísmo e absenteísmo). A destacar também a capacidade de avaliação do próprio trabalhador sobre estar ou não “demasiado doente para trabalhar”, ou seja, este não é um julgamento simples e tem uma natureza subjetiva. Valerie Garrow ao citar Monneuse (2009) como referência em sua pesquisa reforça esta percepção ao afirmar que, normalmente, as pessoas costumam ignorar o conselho do médico e fazem seus próprios julgamentos em relação ao seu processo de adoecimento.

Para todo este processo ser implementado de maneira assertiva e eficaz, uma visão holística e sistemática é de extrema importância e deve respeitar o seu princípio básico que é: sintetizar as unidades no todo. Posto isto, as indicações de Ammendolia et al., (2016) corroboram com este conceito quando afirmam que ao utilizar uma metodologia de intervenção que consideraram mais sistemática e de abordagem abrangente para evidências e teoria, é possível desenvolver um programa efetivo para intervenção no presenteísmo. Tal metodologia chamada mapeamento de intervenção é baseada em metodologias de desenvolvimento de programas e tem por objetivo utilizar as partes envolvidas e impactadas pelas ações num determinado ambiente, onde é possível adaptar tais intervenções e/ou programas e, assim, atender às necessidades de uma população específica. O mapeamento de intervenção é composto por 6 etapas ⁷ que consistem em:

⁷ No estudo *Healthy and productive workers: using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism* os autores usaram apenas as etapas 1 a 4.

- Etapa 1 - avaliação de necessidades;
- Etapas 2, 3 e 4 - envolvem o desenvolvimento inicial do programa;
- Etapa 5 - consiste num planejamento para implementação;
- Etapa 6- envolve avaliação e aperfeiçoamento do programa.

Ainda a seguir a proposta de intervenção de Ammendolia et al., (2016) os autores descrevem em seu estudo que dentro de cada etapa do mapeamento de intervenção, realizaram tarefas e perguntas que foram respondidas, sendo desta forma, uma orientação para o processo de tomada de decisão. Também sendo utilizadas técnicas como *brainstorming*, trabalhos em grupo, dentre outras que, de forma consensual e baseadas nas evidências disponíveis, além das teorias sobre o presenteísmo, facilitaram a construção soluções prévias.

Mesmo diante de algumas propostas, como já apresentado, ainda está fixado o questionamento sobre qual é forma que as organizações podem tornar-se mais ativas e eficientes na gestão do presenteísmo a fim de promover uma força de trabalho mais saudável e, conseqüentemente, mais produtiva. Hemp (2004) traz uma orientação simples e de reforço, onde garante que a educação para a saúde ainda é o melhor investimento que as empresas podem fazer para intervir no presenteísmo: “...os custos do investimento para educação na saúde são mais baixos em relação aos impactos que a baixa produtividade gera na rentabilidade, principalmente, quando os profissionais estão em presenteísmo...” Sendo assim, o autor (Hemp, 2004) sugere um mecanismo, uma forma mais processual de organizar as ações as organizações. A proposta é seguir três orientadores básicos, conforme sequencia na *figura 4*:

Figura 4: Mecanismo processual para organização de ações nas organizações (Hemp, 2004).



Como exemplo prático da eficiência dos programas nas organizações para a promoção da saúde, o programa chamado *Search Inside Yourself*, desenvolvido em 2007 na sede da Google nos Estados Unidos. Este programa é o resultado de uma ação de incentivo da Google para que colaboradores utilizem 20% do seu tempo de trabalho em projetos que sejam fora do seu escopo e atividades de rotina. Este programa foi desenvolvido por um engenheiro de software com consultoria dos professores e doutores Daniel Goleman e Zohn Kabat-Zin.

A proposta consistia em desenvolver a inteligência emocional baseada na atenção plena. Após a implementação deste trabalho e dos resultados atingidos na empresa, Chade-Meng Tan foi realocado: saiu do departamento engenharia e assumiu novos desafios em Operações de Pessoas (Recursos Humanos). Onde tinha como principal objetivo gerir este (SYI Program) e outros programas relacionados a gestão de pessoas. Relatos de participantes desta ação apontaram melhoria na qualidade de vida, autoconhecimento, relação com os colegas de trabalho e redução do stress (Meng, 2012, p.24). Este programa teve uma grande proporção dentro e fora do Google, tornando-se uma referência em boas práticas corporativas (desenvolveu-se um Instituto com cursos sobre esta técnica, um livro que relatado pelo próprio Meng). Tal facto proporcionou uma entrada mais facilitada de uma técnica, até então pouco credível no ambiente corporativo: o Mindfulness nas organizações.

Sendo um reforço ainda mais positivo e acessível na discussão sobre saúde no trabalho, onde o jeito de pensar o negócio também pode e deve contemplar a relação homem trabalho de uma forma mais saudável.

3 – Mindfulness

Nas tendências das intervenções para a promoção da saúde, o Mindfulness, é percebido como uma técnica. A sua aplicação está a ser cada vez mais frequente, porém ainda continua a ser considerada como um objeto de estudo para literatura científica. Definida como *“estar totalmente desperto em nossas vidas. É sobre perceber a extraordinária vivacidade de cada momento”*, John Kabat-Zinn (2003) a atenção plena atinge todas as referências nos debates clínicos, sociais e organizacionais. O professor, investigador e médico propagou esta técnica através de um trabalho realizado em pacientes clínicos para gerir dores e doenças crônicas além também de trabalhar problemas oriundos do stress. Num contributo ao livro *Search Inside Yourself* descreve estudos realizados com colegas de trabalho e que apresentam resultados satisfatórios e comprovados cientificamente, no âmbito na neurociência: *“... realizámos um estudo com vários colegas nossos, que num ambiente profissional, as pessoas que praticaram a atenção plena segundo o método das aulas de Redução do Stress através da Atenção Plena durante oito semanas apresentaram uma alteração do seu ponto de referência emocional no córtex pré-frontal no sentido de uma maior inteligência emocional, à semelhança de monges com mais de 10 mil horas de prática – uma prova de que não é preciso tornar-se monge, deixar o emprego ou abandonar a família para retirar benefícios da meditação...”* (Kabat-Zin, 2012, pág. 17).

Há, entretanto, uma limitação sobre uma definição consensual e científica em relação ao mindfulness. Desta forma, para um melhor embasamento, seguiremos uma estrutura proposta pela autora Ellen J. Langer em 2014, resumida por Pires, Nunes, Demarzo & Nunes (2015) ao explicitarem o construto de conceitos do mindfulness: *“...Mindfulness é um termo que pode ser traduzido para português como “atenção plena”. O construto deriva de tradições orientais (Langer, 2014) ...”*.

Sendo assim, os autores habitualmente destacam 3 principais correntes e apresentam por uma ordem cronológica:

Tabela 1: Perspetivas e conceitos do Mindfulness – adaptado de Gervasio, Farias, Piva Demarzo & Sancineto (2015).

Perspetiva 1	Perspetiva 2	Perspetiva 3
Oriunda da filosofia oriental. Indica que a prática meditativa e/ou contemplativa frequente	A segunda perspectiva descreve o construto como uma característica	Um estado não automático de funcionamento geral (Langer, 2014).

<p>potencializa, dentre diversos outros fatores. Capacidade de estar engajado com as experiências do momento presente.</p>	<p>inerentemente humana (traço). associada à atenção e à consciência apresentando variações quanto à intensidade da característica entre as pessoas.</p>	<p>O estado Mindfull representa o engajamento pleno com o ambiente e com a atividade que se realiza, condição que leva à maior sensibilidade e a diferentes pontos de vista</p>
<p>O treino de habilidades referentes à consciência, não reatividade e concentração. A atenção plena seria alcançada como resultado dessas práticas frequentes meditativas e/ou contemplativas (Langer, 2014)</p>	<p>Nessa perspectiva, o traço mindfulness capaz de promover bem-estar e autorregulação.</p>	<p>Diferente de ser guiado por um modo automático de funcionamento, chamado pelo autor de “piloto automático”, necessitando ser “intencionalmente ativado.</p>
<p>Consciência refere-se ao monitoramento das experiências internas (sensações, pensamentos) e do ambiente (Brown & Ryan, 200, o que pode se ocorrer na forma de insight, destacando seu aspecto não elaborado (Walach, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006)</p>	<p>Poder ser melhorado/intensificado por meios de práticas, que podem incluir a meditação (Brown & Ryan, 2003)</p>	<p>Mindless (estado automático de funcionamento cognitivo e comportamental). no qual não se questiona a rotina e não se tem consciência sobre a atividade da atenção, perdendo, em alguma medida, contato com o momento presente</p>

Para a ciência, o mindfulness pode ser definido de diversas formas, mas que em termos gerais, a definem como uma “atenção recetiva e consciência dos eventos e experiências atuais”. (Brown et al., 2007, p. 212; Quaglia, Brown, et al., 2015). Isto, portanto, ajuda-nos a perceber que a sua prática influencia os processos cognitivos, nomeadamente: atenção, pensamento, avaliação, julgamento e memória, que por sua vez, são “ativados e interligados”, através de um processo mental, onde a mente está plenamente consciente do que está a acontecer, a cada momento. (Quaglia, Brown, Lindsay, & Goodman, 2015).

Os autores como Brewer e Garrison (2015) também destacam o potencial do mindfulness em processos mentais e psicológicos, como a aprendizagem e modelagem do comportamento. Há também exemplos de que o treino da atenção plena gera impacto na

diminuição das respostas reativas, que podemos compreender como uma interferência no processo mental aprendido ao associar estímulos e respostas. Um outro exemplo de interferência como efeito do treino da atenção plena nos processos cognitivos é a possibilidade da dissociação direta entre a ligação do desejo com o comportamento. Para os autores, além dos impactos já citados, o mindfulness pode atuar nos processos relacionados ao condicionamento operante e pode fornecer uma visão mais precisa do sentido, ajudando a centrar distorções cognitivas.

Outras contribuições fornecidas pelos autores são as referências atribuídas aos estudos que associam o impacto positivo do mindfulness em certos processos mentais comprovados através de mapas neurológicos. Os autores salientam que, em teoria, a atenção plena atua no apoio aos indivíduos em perceberem quando são apanhados em situações de autoavaliação por processos mentais como: divagar, fixação em pensamentos passados e futuros, ruminação e desejo. O treino da atenção plena apoia o indivíduo em “soltar” ou desvincular-se destes processos, trazendo sua consciência de volta ao momento presente (Brewer & Garrison, 2015).

Todo este interesse no mindfulness contribuiu o desenvolvimento de programas como MBPs (mindfulness-based programs) que possuem referências do MBSR (Mindfulness-Based Redução do Stress) e do MBCT (Mindfulness-Based) nos últimos 20 anos. Brewer et al., (2016) definem o MBPs como um programa formado por teorias e práticas que extraem a relação e convergência das filosofias contemplativas, ciência e as principais disciplinas de medicina, psicologia e educação; O programa, por sua vez, é sustentado pela experiência humana em si e que aborda os motivos do que gera o sofrimento humano e traça novos caminhos para os aliviar. A sua técnica perpassa por construir uma nova relação com o que é experienciado, a manter o foco no presente no momento, descentralizando pensamentos negativos e repetitivos que desfoquem a atenção. É, portanto, uma abordagem de trabalho baseada na orientação e que propõe desenvolver: alegria, compaixão, sabedoria, equanimidade e autorregulação, atenção, emocional e comportamental, e envolver os participantes em um treinamento intensivo sustentado em mindfulness.

Há evidências crescentes para a área clínica sobre a utilidade de treinar/desenvolver a atenção plena para apoiar os processos de intervenção de distúrbios, englobando dependência, ansiedade, depressão, e outras aflições psicológicas (Brewer & Garrison, 2015). Desta forma, é claro compreender que o mindfulness apoia os indivíduos a identificarem as

causas profundas do stress e, como ponto de destaque, fornecer ferramentas de aplicabilidade prática (a incluir o processo de auto conscientização). Associado ao stress, expeta-se que haja uma redução do cortisol nos indivíduos que realizam o Mindfulness, a promover assim, uma melhora em seu estado de saúde.

H2 - é esperado que os participantes que são submetidos ao Mindfulness, reduzam o cortisol e melhorem o seu estado de saúde.

Figura 5: Modelo de Análise - Efeito do Mindfulness no fenómeno do presenteísmo

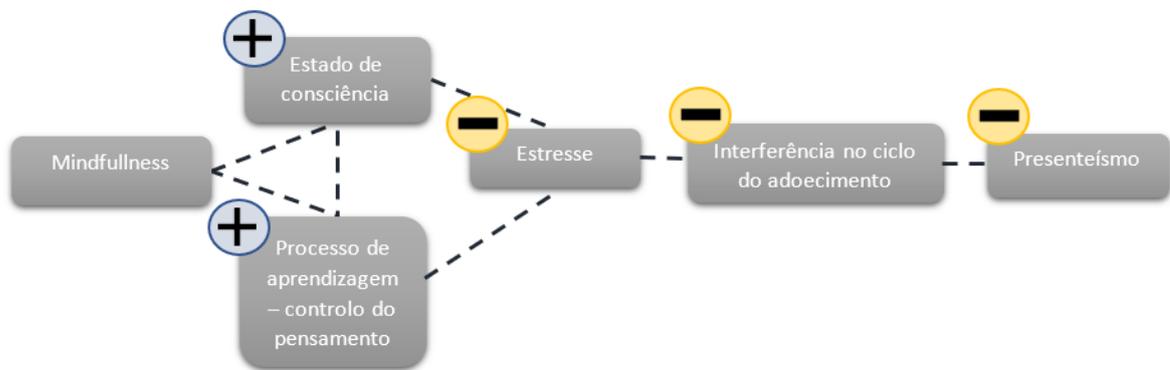
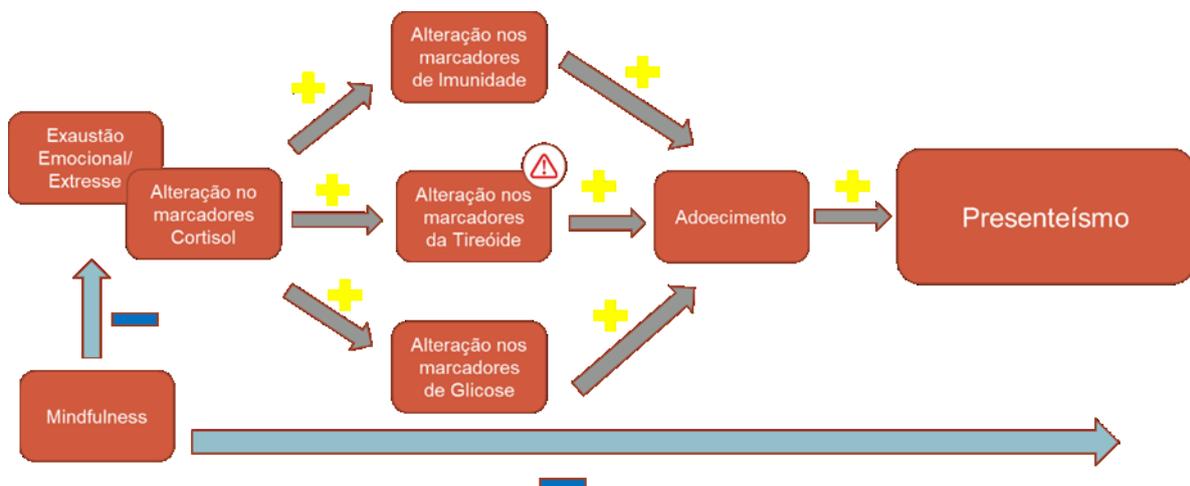


Figura 6: Modelo de Análise – Correlação entre burnout, biomarcadores e presenteísmo. Mindfulness como uma possível intervenção para controlo do cortisol regulando o processo de adoecimento e redução do presenteísmo.



4 – Estudo Quasi -Experimental numa empresa em Saúde Ocupacional

Este estudo teve como objetivo investigar a correlação dos biomarcadores (como indicadores de saúde/doença) e sua correlação com o presenteísmo e também analisar os reais impactos de programas de intervenção em saúde ocupacional, como o Mindfulness por exemplo, sendo parte de um programa de prevenção e de apoio para o controlo do presenteísmo no trabalho.

Adotamos para o estudo, o método quantitativo – quasi-experimental, onde foi realizada a manipulação e controlo de uma variável. Desta forma, através do estudo do presenteísmo como um fenómeno realizamos a testagem de hipóteses e de relações entre as variáveis (que, no estudo quasi-experimental, não é possível haver um controlo de algumas das variáveis que convergem com a variável independente na explicação dos resultados (Almeida & Freire, 2008). Para isto, realizamos um grupo experimental em comparação Fortin, M. 1996). Porém reforçamos com um grupo controlo e onde seriam observados os resultados através de um pré- teste e pós teste.

4.1 – Enquadramento

Tal estudo foi realizado numa empresa de segurança e saúde ocupacional, localizada em Lisboa. A empresa iniciou suas atividades em 1997 e dedica-se à prestação de serviços externos nas áreas da Segurança e Saúde do Trabalho, Segurança Alimentar e Formação, colaborando com as entidades empregadoras no cumprimento da legislação em vigor.

Atualmente a empresa conta com aproximadamente 100 colaboradores divididos em departamentos administrativos, comercial e médico e segurança e auditoria, conforme apresentado na figura 3:



Figura 7: Organograma da empresa

A empresa possui uma estrutura familiar, onde a administração ainda é composta por membros da família do fundador. Sobre contextualização atual fornecida pela diretoria com os investigadores, a empresa está a passar por um processo de reestruturação interna e reposicionamento estratégico frente ao mercado. Este processo de mudança vem gerando nos colaboradores uma percepção de uma cobrança maior por metas e resultados, o que gera mais pressão e consequentemente mais stress para a realização de tarefas. Houve também a reestruturação do espaço para open space, o que também contribuiu para um aumento na sensação de exposição dos colaboradores e maior competitividade.

Ao abordarmos o conceito do presenteísmo, a empresa entendeu a importância e necessidade de realizar este estudo internamente, principalmente, com a ideia de aplicabilidade como um possível serviço externo para a área de saúde no trabalho. Além de trazerem a necessidade de trabalhar o stress em seus colaboradores. Numa das reuniões realizadas com a administradora atual da empresa, a mesma destaca que o tema do nosso estudo é uma grande valia para as organizações atualmente, e por ser uma empresa de saúde no trabalho, percebe que o assunto saúde mental e bem-estar ainda não é totalmente desenvolvido pelas empresas internamente, o que gera um alto índice de adoecimento. As empresas valorizam mais os assuntos relacionadas com a ergonomia, sendo o tema central de saúde e segurança no trabalho.

Todos os procedimentos feitos no estudo foram realizados na própria empresa, como os exames (primeira fase e segunda fase) e os grupos de intervenção. Vale destacar que, como incentivo e parceria ao estudo, a empresa custeou todos os exames.

O objetivo principal era realizar um estudo quantitativo – quasi-experimental, onde poderíamos acompanhar os resultados dos biomarcadores e a sua relação com o presenteísmo e analisar se há impacto do mindfulness na redução deste fenómeno. O programa de intervenção (grupo experimental e controlo) foram realizados por duas investigadoras do ISCTE/BRU-IUL (Formação: Psicologia - 1 - Doutorada em Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos e 2- Mestranda em Psicologia Social e das Organizações). O estudo realizado foi composto por cinco etapas, sendo elas:

- Etapa 1 - Aplicação dos inquéritos / Coleta de Sangue
- Etapa 2 - Análise dos Resultados
- Etapa 3 – Intervenção com a realização do Grupo Experimental / Controlo
- Etapa 4 - Aplicação dos inquéritos / Coleta de Sangue

- Etapa 5 - Análise dos Resultados

4.2 – Procedimentos

1 – Realização do Estudo: Os biomarcadores foram analisados através da coleta de amostras de sangue. Paralelamente, foram aplicados inquéritos com escalas de presenteísmo e burnout. Este mesmo procedimento foi realizado nos participantes em dois momentos do estudo, que nomeamos de tempo 1 para o tempo 2, no intervalo entre os procedimentos foi realizada a intervenção nos grupos. Podemos então descrever como principais procedimentos:

- Sensibilização para o tema e participação no estudo – foi realizada uma sensibilização, que segundo a empresa, foi apresentada numa reunião de resultados com todos os colaboradores. A sensibilização tinha como objetivo apresentar o tema central do estudo, as propostas de intervenção e a importância e relevância destes temas para a saúde no trabalho. Posterior a isto, ainda foram enviados e-mails divulgando o início do estudo, as fases que contemplava e a manifestação de interesse em participar.

Em paralelo, a equipa de investigação elaborou um cronograma com as ações do estudo,⁸ datas propostas e intervalos entre o tempo 1 e tempo 2. As datas e ação sempre foram acordadas com a direção da empresa, para respeitar o calendário corporativo e os prazos que a empresa precisava cumprir em relação aos objetivos diários de trabalho. Com um planeamento prévio e antecipado, foi possível que a empresa organizasse as ações internamente e em suas instalações, o que facilitou a adesão dos participantes.

A cada participante foi atribuído um número de identificação diferente e que estava relacionado com os últimos dígitos do BI, Cartão do Cidadão, etc., garantindo assim, a confidencialidade do estudo. Posteriormente foram alocados num dos grupos (experimental e controlo) e participaram do estudo de acordo com as etapas definidas para o tempo 1 e 2, sendo:

- Tempo 1 – após a manifestação de interesse em realizar o estudo, os participantes foram organizados por turmas e temáticas (Mindfulness e Ética no trabalho). Realizaram então, a coleta das análises, responderam aos inquéritos e receberam uma convocatória com a data e temática da intervenção.

⁸ Ver anexo 1

- Tempo 2 - após as intervenções realizadas pelas investigadoras (Mindfulness ou Ética no Trabalho) os participantes eram submetidos novamente as análises e inquéritos. Sendo que era preciso fazer exatamente 1 semana após a participação no programa de intervenção.

Os grupos de intervenção eram compostos por até 14 participantes e a intervenção sempre realizada por um mediador e com apoio de um observador. O grupo experimental foi submetido a uma intervenção de 8 horas em Mindfulness⁹ e que abordava os conceitos e técnicas principais para desenvolvimento da atenção plena. A intervenção foi realizada de maneira mais prática, porém com embasamentos teóricos consistentes, baseados nos seguintes subtemas: Mindfulness técnica /atitude; atenção plena - estar conciliado com o tempo; ligação mente-corpo; técnicas/exercícios.

Como processo de apoio os participantes tinham como tarefa, realizar um plano de desenvolvimento individual: a proposta era aplicar as técnicas aprendidas na intervenção nas atividades de rotina durante 7 ou 15 dias.

Nota: Era de extrema importância, para eficácia do estudo, que os participantes realizassem todas as técnicas aprendidas durante o período que antecederesse a 2ª fase dos exames. Estas atividades foram designadas como um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI).

O grupo controle foi submetido a uma intervenção de 8 horas sobre ética no trabalho e que abordava os conceitos e situações do dia-a-dia relacionados ao convívio no ambiente organizacional. A intervenção foi realizada de maneira mais prática, porém com embasamentos teóricos consistentes, baseados nos seguintes subtemas: Definição de Ética; Ética no Trabalho (Ética profissional x Ética corporativa); Comportamentos Não-Éticos (Assédio, Bullying, Cyberbullying).

No processo de coleta de sangue e aplicação dos inquéritos, por ser realizado em horário laboral e de acordo com a disponibilidade dos colaboradores, a equipa de investigação contou com o apoio de um membro da direção que se tornou o nosso ponto focal

⁹ Devido a disponibilidade dos participantes e de acordo com o horário estabelecido pela empresa, adaptamos o programa de formação MBSR e MBCT para 8 horas num dia. A proposta inicial é de 1 sessão por semana, com duração de 1h durante 8 semanas. Os participantes ainda realizam atividades adaptadas a sua rotina semana que são relacionadas aos exercícios aprendidos nas sessões.

em todo o estudo. Dos 100 trabalhadores que a empresa possuía em seu quadro efetivo em janeiro de 2018, 74 tiveram interesse em participar do estudo.

2 – Código de Conduta Ética na Investigação¹⁰: por se tratar de um estudo quasi-experimental realizado no âmbito do mestrado do ISCTE, toda a sua condução foi pautada no código de ética na investigação (2016) que é institucional e orienta a forma como estes estudos devem ser realizados.

Desta forma, garantimos que na preparação e execução do estudo foram respeitados todos os princípios gerais (responsabilidade, honestidade, fiabilidade e rigor, objetividade e integridade) e orientações práticas (relevância e qualidade da investigação, consentimento, confidencialidade, “debriefing” e “feedback”, proteção e segurança dos/das participantes, “deception” e ocultação de informação, recolha e armazenamento de dados, publicação e autoria e má conduta).

Sendo assim, regidos pelo código de conduta ética na realização de estudo, garantimos: a proteção da dignidade, a segurança e o bem-estar dos/das participantes; salvaguardar a segurança e reputação dos/das investigadores e promover a qualidade da investigação como um todo.

4.3 – Amostra

Seguindo a descrição acima dos procedimentos adotados, a amostra dos participantes será apresentada de acordo com os dois momentos adotados no estudo:

- **T1** - 72 participantes, destes 75 % eram mulheres e 25% homens. A média de idade era 37 anos. A média de tempo de experiência era de 15 anos e o tempo de antiguidade na empresa é de 9 anos. A licenciatura representa 49 % da qualificação académica apresentada pelos colaboradores.

52% dos participantes dormem entre 4 a 6h por dia (menos do que é indicado pelos médicos). Sobre o histórico de doenças na família: 31% com referências de doenças na tiroide, 56% com referências de doenças relacionadas a glicose e cancro e 32% fazem referência a histórico de depressão.

- **T2** - No tempo, tivemos uma redução de quase 50% dos participantes em relação ao total do tempo 1. As justificativas foram diversas, prevalecendo a falta de disponibilidade para participar do estudo e outros já não faziam mais parte do

¹⁰ O código de conduta ética em investigação do ISCTE poderá ser analisado na integrada no final desta dissertação, nos anexos.

quadro efetivo da empresa. Sendo assim, a nossa amostra no tempo 2 foi de: 37 participantes, destes 89% eram mulheres e 11% homens. A média de idade permaneceu como 37 anos. A média de tempo de experiência era de 13 anos e o tempo de antiguidade na empresa é de 9 anos. A licenciatura representa 51% da qualificação acadêmica apresentada pelos colaboradores. 49% dos participantes dormem entre 4h a 6h por dia. Sobre o histórico de doenças na família: 35% com referências de doenças na tiroide, 49% com referências de doenças relacionadas a glicose e 57% com referências ao cancro e 27% fazem referência a histórico de depressão.

4.4 – Instrumentos

Os instrumentos adotados para ambos os grupos foram:

1 - Coleta de Sangue: foram realizadas pela manhã, na própria empresa e por profissionais da área que não tinha conhecimento do objeto da investigação (no tempo 1 e tempo 2). A amostra de sangue foi recolhida pela manhã e os participantes estavam em jejum. Os biomarcadores (Glicose, TSH e Cortisol) analisados nas amostras de sangue tiveram como referências os índices definidos pela Organização Mundial de Saúde, conforme tabela 2:

Tabela 2: Referência dos índices dos Biomarcadores de acordo com OMS

Biomarcadores	Resultados		Valores Críticos	
	Masculino	Feminino	Baixo	Alto
Glicose	80 - 100	80 - 100	<70	>100
TSH - Hormona Tiroestimulante	0.3 - 4.0	0.3 - 4.0	<0.3	>4.0
Cortisol plasmático	8.7 - 22	8.7 - 22	<8	>22

2 - Inquéritos: os inquéritos foram entregues em formato impresso, na sequência da coleta das amostras de sangue e com prazo de entrega de até 1 semana. Este procedimento aplicou-se nos 2 tempos do estudo. Para a composição dos inquéritos, utilizamos as escalas de:

2.1 - Stanford Presenteeism Scale (SPS-6) utilizado para avaliar as perdas de produtividade associadas ao presenteísmo. A versão original deste instrumento (Koopman et al., 2002) inclui seis itens que avaliam dois fatores diretamente relacionados ao presenteísmo: trabalho concluído e distração evitada, a considerar itens que descrevem a percepção do indivíduo sobre estar saudável ou não, como:

diga-nos o quanto a sua saúde o afeta no trabalho. Selecione uma única opção que corresponda à sua maneira de agir (ação e frequência): 1- Discordo Totalmente / 2 - Discordo / 3 – Não concordo nem discordo / 3 – Concordo totalmente.

Também pede ao participante que identifique no último mês ou ano a frequência em que foi trabalhar mesmo ao se sentir doente, considerando as escalas: 1- Não, nunca estive doente / 2 - Sim, 1 vez / 3 - Sim, 2 a 3 vezes / 4 - Sim, 4 a 5 vezes / 5 - Sim, 6 a 10 vezes / 6 - Sim, mais do que 10 vezes. Para este estudo também foi realizada a análise de consistência interna dos itens do inquérito. Para a escala total adquiriu-se um coeficiente de precisão de 0.85.

2.2 – MBI - que é designado para avaliar os componentes da síndrome de burnout: exaustão, despersonalização e realizações pessoais (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Para o estudo, utilizamos itens e escala para identificar o nível de exaustão emocional, sendo reportada questões como: *Devido aos meus problemas de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir / No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar dos meus problemas de saúde*, entre outros, com as seguintes escalas: 1 – Discordo totalmente / 2 – Discordo / 3 – Não concordo nem discordo / 4 – concordo / 5 – concordo totalmente. Para este estudo também foi realizada a análise de consistência interna dos itens do inquérito. Para a escala total adquiriu-se um coeficiente de precisão de 0.91.

2.3 - Os dados demográficos descreveram o seguinte: idade, sexo, escolaridade, trabalho, história de doença (tiroide, cancro, diabetes e depressão) e horas de sono.

3- **Intervenção:** os 72 participantes foram divididos em 2 grupos: experimental e controlo. Ambos os grupos participaram de uma intervenção com carga horária de 8h, realizada num dia com os temas Mindfulness (experimental) e Ética no trabalho (controlo).

5 – Resultados:

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos através de uma análise estatística realizada através das amostras dos biomarcadores e inquéritos no tempo 1 e 2 (antes e depois das intervenções) dos participantes deste estudo, a fim de testar as hipóteses propostas. O programa utilizado para o tratamento dos dados foi o software IBM SPSS Statistics 25.

5.1 – Presenteísmo e Biomarcadores

Este estudo teve como objetivo investigar a correlação entre presenteísmo e os biomarcadores, nomeadamente: TSH e glicemia e as interferências nos processos de desempenho afetados também pelo presenteísmo (ou seja, SPS6 evitando distração e trabalho concluído). Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos através de uma análise estatística aos questionários aplicados aos 72 participantes do estudo. Sendo assim foram analisados os níveis dos marcadores de sangue e os dados demográficos foram analisados (médias, análise de dispersão, desvio-padrão e variância) a correlacionar com o coeficiente de *pearson*.

A fim de não encontrar as variáveis com as variáveis demográficas, é exibida a relação entre estas, o SPS e os biomarcadores. Por fim, devido a relação com as variáveis demográficas não ser alta, pode-se sugerir que há relação entre SPS e os biomarcadores.

Tabela 3: Correlação entre as variáveis TSH, Glicemia e Presenteísmo

Variáveis	M	DP	1	2
TSH	2.91	8.79		
Glicemia	85.74	7.65	-.041	
SPS6	3.67	.634	-.016	0.005

H1 - Espera-se que indivíduos com altos níveis de TSH (hipertireoidismo) interagindo com o nível de glicose no sangue, apresentem mais dificuldades em cumprir suas tarefas.

Os resultados sugerem que há um efeito significativo relativamente na interação do TSH e Glicemia (em seus índices de saúde alterados) no sangue associados a uma maior perda de produtividade $p < 0,05$ para as três condições [F (3, 93) = 4.86, $p = .0035$].

Tabela 4: Interação da Glicemia e TSH no sangue na explicação das perdas de produtividade associadas ao presenteísmo.

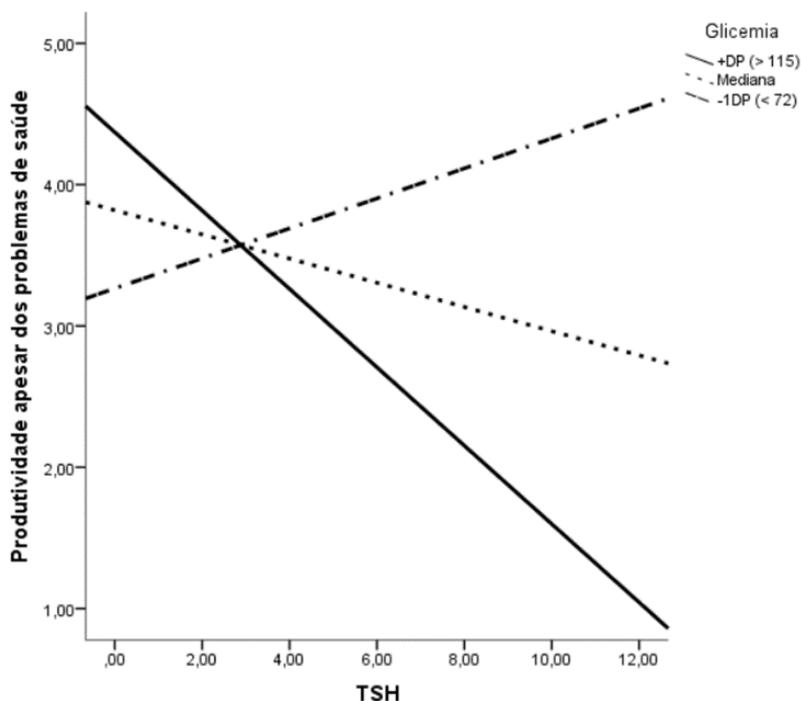
<i>Variáveis</i>	<i>Coeff.</i>	<i>SE</i>	<i>t-test</i>	<i>p- value</i>
TSH	.7543	.3351	2.249	.0273
Glicemia	.0258	.0100	2.2589	.0115
Interação	-.0089	.0038	-2.3264	.0222

Fonte: Dados da pesquisa, janeiro e março de 2018.

Estes resultados corroboram com as implicações já estudadas e a correlação entre o TSH e a glicemia. Kadiyala, Peter e Okosieme (2010) ao descreverem esta relação, reforçam a influência do hipotireoidismo no desenvolvimento síndrome metabólica (grupo de fatores de risco interrelacionados, de origem metabólica, que diretamente contribuem para o desenvolvimento de certas doenças) associada a glicemia. Ou seja, os profissionais que estejam nesta condição e estado de saúde apresentam sintomas tais como: sonolência, dores de cabeça, tremores nas mãos e fraqueza (altos níveis de tireoidismo) e também boca seca, sede, urinar frequentemente, cansaço e visão turva (altos valores de glicemia) apresentam realizar as suas tarefas, uma vez que estes sintomas associados podem incapacitar, momentaneamente, das suas atividades de rotina.

Posto isto, uma vez que os profissionais com este conjunto de sintomas decidam permanecer no seu posto de trabalho, ou seja, em estado de presenteísmo, predispõe a ter a sua produtividade reduzida em relação a capacidade e qualidade do trabalho realizado quando se encontram num estado de saúde considerado mais saudável.

Gráfico 1: Interação do TSH e da Glicemia no sangue, indicadores de dificuldade que os profissionais apresentam como sintomas para cumprir as suas tarefas.



Estes dados reforçam o quão se faz importante considerar a análise e acompanhamento dos biomarcadores como possibilidade de prevenção, identificação e redução do fenómeno do presenteísmo nas organizações. E é sem dúvida, uma força a ser trabalhada nas empresas, do departamento de saúde ocupacional ao departamento de recursos humanos, sendo sem dúvida, uma mais-valia, não somente para os aspetos de melhoria no desempenho, mas como também parte de um programa de intervenção em saúde. Sobre a eficácia dos programas de intervenção em saúde será apresentado um estudo a seguir que analisa a sua aplicabilidade e influência no presenteísmo, a partir dos dados de saúde/doença indicados como resultados dos biomarcadores.

5.2 – Presenteísmo e Mindfulness

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos através de uma análise estatística realizada das amostras dos biomarcadores no tempo 1 e 2, dos participantes do grupo experimental e controlo e dos questionários aplicados. Sendo assim foram analisados os

níveis dos marcadores de sangue e os dados demográficos (médias, análise de dispersão, desvio-padrão e variância) a correlacionar com o coeficiente de *pearson*.

H2 - é esperado que os participantes que são submetidos ao Mindfulness melhorem o seu estado de saúde.

Os resultados sugerem que há um efeito significativo da prática do Mindfulness na redução do cortisol e melhora no estado de saúde, a considerar os dados:

- Grupo experimental com PDI¹¹: T1 (M = 0.42 SD=0.51) e T2 (M = 0.37 SD=0.49).
- Grupo experimental sem PDI: T1 (M= 0.38 SD= 0.49) e T2 (M = 0.68 SD=0.47).
- Grupo Controlo: T1 (M= 0.28 SD 0.47) e T2 (M=0.28 SD=0.47)

Foi possível identificar através dos resultados que não houve diferença significativa entre os grupos. Os participantes que realizaram o PDI apresentaram um resultado próximo do que seria significativo para a hipótese, sendo $[F(1,2) = 2.99, p = .056]$ onde o nível de significância adotado foi $p \leq .01$ e $p \leq .05$ mas não considerado significativo.

Apesar de não termos encontrado uma resposta significativa para o estudo, confirmamos que mesmo diante de algumas vertentes na literatura descreverem estudos com resultados significativos, onde as pessoas que participam dos programas de promoção da saúde e que promovem o treino da meditação e mindfulness, apresentam melhoras significativas das funções imunológicas (Pires, Nunes, Demarzo & Nunes, 2015 a citar Davidson et al., 2003), além da contribuição para o processo de autorregulação emocional (Pires, Nunes, Demarzo & Nunes, 2015 a citar Farb, Anderson, & Zindel, 2012; Goldin & Gross, 2010) e também para ansiedade e depressão (Pires, Nunes, Demarzo & Nunes, 2015 a citar Hofman, Sawyer, Witt & Oh, 2010). Reforçamos, portanto, que para tais resultados é necessário respeitar o tempo indicado (8 semanas) para avaliar a efetividade do mindfulness. Ao considerar a carga horária em que o programa foi realizado e o curto espaço de tempo em que a segunda amostra dos biomarcadores foi recolhida, podemos então observar, através dos resultados que os participantes do grupo experimental que realizaram o PDI (Plano de Desenvolvimento Individual) apresentaram uma melhora em seu estado de saúde em relação aos demais participantes, mas que ainda não pode ser considerada como significativa.

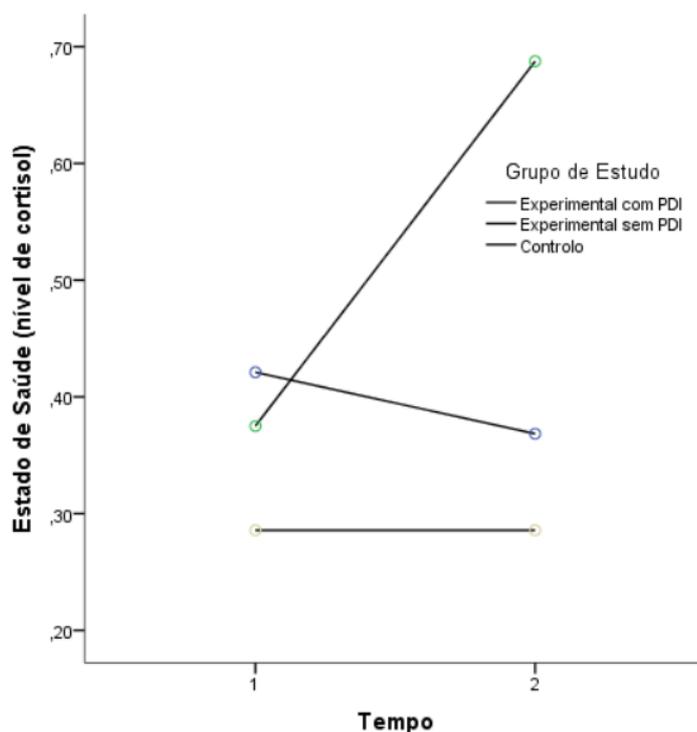
¹¹ Plano de Desenvolvimento Individual – atividades orientadas e baseadas no Mindfulness adotadas na rotina e atividades do dia a dia.

Tabela 5: Médias e desvios-padrão das variáveis estudadas no pré-teste e no pós-teste para o grupo experimental e o grupo controle.

Variáveis	Tempo 1		Tempo 2	
	M	DP	M	DP
Experimental com PDI	.4211	.50726	.3684	.49559
Experimental sem PDI	.3750	.49187	.6875	.47093
Controlo	.2857	.46291	.2857	.46291
Total	.3611	.48369	.4861	.50331

Nota: * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.001$; Fonte: Dados da pesquisa, janeiro e março de 2018.

Gráfico 2: Efeito da prática do mindfulness no cortisol e influência no estado de saúde.



Destacamos como influência no resultado o processo de auto conscientização como um fator que, provavelmente, pode gerar sentimentos de angústia ou *stress* no indivíduo (por perceber o processo de adoecimento e a tomada de consciência em estar sob efeito do “piloto automático”). Este processo pode tornar o efeito do mindfulness mais lento e gradativo, o que talvez não pode ser aferido no prazo curto de tempo. Reforçamos esta percepção se sustenta no que foi sugerido no programa MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction)

desenvolvido com o foco para a redução dos sintomas de *stress* e que acumulou uma sólida base de evidências para melhorar a saúde mental em pessoas que também apresentavam problemas de saúde física (Bohlmeijer et al., 2010). A partir disso, o programa com base na filosofia e técnicas do *mindfulness* foi direcionado para grupos (10 a 40 participantes) e com uma duração entre 8 a 10 semanas. A formação destes grupos pode ser tanto heterogênea quanto homogêneos (no que diz respeito aos distúrbios ou áreas mais problemáticas). O tempo de duração é de 2 horas e meia, onde é realizado uma sessão única durante todo o dia. As sessões apresentam atividades como a prática de meditação, o treino da consciência consciente e a aplicação do *mindfulness* em situações e interações sociais consideradas stressantes. O desenvolvimento da atenção plena se dá a partir da prática regular e repetida. Portanto, é preciso que os participantes assumam o compromisso de realizar as tarefas diárias (PDI – Plano de Desenvolvimento Individual) por 45 minutos repetindo as práticas já citadas para que haja efetivamente os efeitos significativos já sustentados pela teoria nos capítulos anteriores.

6 – Discussão Geral

Ao considerar os resultados apresentados, onde 92 % profissionais relataram terem ido trabalhar apesar de se sentirem doentes (como problema de saúde entenda-se dores de costas, depressão, ansiedade, problemas de visão, problemas de audição, dores de cabeça, diabetes, anemia, alergias...) nos últimos 12 meses (janeiro de 2017 a janeiro de 2018) reforça o quanto a decisão de ir trabalhar mesmo doente está presente e institucionalizado na rotina dos profissionais e nas empresas. Estudos corroboram com os resultados obtidos neste estudo quando apontam que 63% a 83% dos empregados relatam terem ido trabalhar apesar de estarem a sentir-se doente, pelo menos uma vez durante o ano (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson & Josephson, 2009, p.629).

Afirmamos então, que o processo de adoecimento no trabalho está a cada dia mais recorrente e com grandes implicações na vida dos profissionais. O presenteísmo pode então ser compreendido como um fenômeno social, refletido nas “paredes organizacionais”. Esse fenômeno tem numa de suas causas as recorrentes mudanças no mercado de trabalho e que impactam diretamente as questões da empregabilidade, onde os profissionais compreendem que é necessário estarem presentes no trabalho independentemente do estado de saúde em que se encontrem, e isso está para além do compromisso estabelecido para com a empresa –

é, na verdade, uma saída encontrada para garantir e permanecer no seu emprego (Aronsson, Dallner & Margareta, 2000).

Dentre outras questões que devem ser consideradas como preditoras no presenteísmo, vale destacar o work-life balance, os aspetos individuais, as condições financeiras do trabalhador e o reforço positivo estimulado por algumas empresas para a redução das ausências no trabalho (Aronsson & Gustafsson, 2005; Andersen & Hansen, 2008; Johns, 2010).

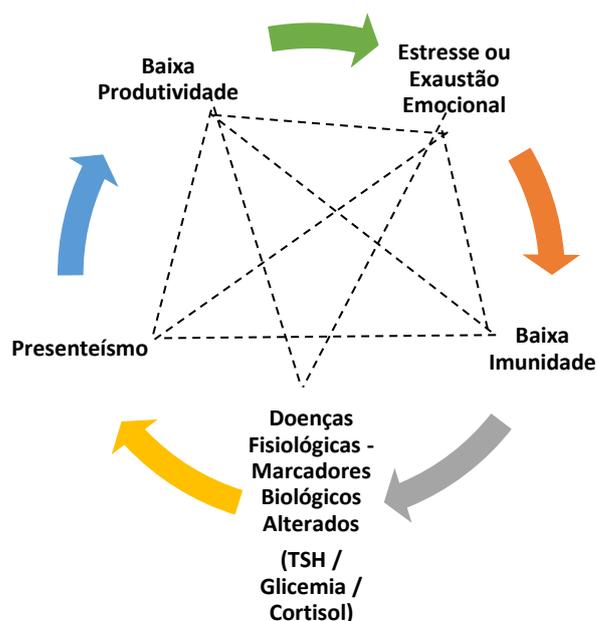
Estar doente e presente no trabalho faz com que o profissional tenha um maior esforço físico e mental para conseguir realizar o seu trabalho, numa tentativa falida de manter a qualidade e entrega comparando à quando se está em condições de saúde adequadas (Wright and Cropanzano, 1998; Wright and Cropanzano, 1998 referidos por Demerouti et al., 2009). Sendo assim, toda a pressão percebida e exercida nas organizações sob os trabalhadores para a realização do trabalho, interferem totalmente no equilíbrio entre a saúde mental, psíquica e física dos profissionais, ou seja, quanto mais as organizações atuarem e influenciarem negativamente nos aspetos psíquicos através dos controlos rígidos e pressões no trabalho, mais os profissionais terão a sua saúde prejudicada (Dejours, 1993, p.162 referido por Mendes, 1995).

Já foi constatada a relação do presenteísmo com o burnout. Mesmo não sendo possível definir qual fenómeno é o de origem, ou seja, se é o presenteísmo que fomenta o burnout como um fenómeno excessivo e desgastante de estar a pressionar mais o corpo e a mente que já se encontram num estado adoecido, quando na verdade era preciso a pausa/ausência para a recuperação. Ou se seria o presenteísmo o fenómeno seguinte à exaustão do burnout. O fato é que ambos estão interligados e recorrentes, contribuindo e comprometendo ainda mais o agravamento da doença (Demerouti et al., 2009).

No que se refere ao adoecer, compreendemos a extrema importância de a saúde ocupacional apropriar-se dos recursos e resultados já apresentados no acompanhamento da saúde no trabalho. Os marcadores biológicos podem e devem ser analisados em sua totalidade para avaliar as condições reais de saúde e capacidade produtiva que o colaborador apresenta. Para isto, é preciso haver uma relação mais estratégica do departamento de recursos humanos, quadro gerencial e saúde ocupacional a fim de não somente apontar as doenças detectadas como mais graves, mas também aquelas que apresentem sintomas que, mesmo considerados mais brandos, afetam as condições de saúde e produtividade no trabalho

(Yamamoto, et al., 2009). O resultado do estudo I, corrobora com o estudo de Kadiyala et al., (2010) e apresenta a síndrome metabólica e disfunção endócrina, ou seja, relação dos altos níveis TSH e glicemia associados no sangue. O que acrescentamos como um complemento importante é que, o conjunto dos sintomas neste tipo de patologia como: fadiga, sonolência, irritação, problemas de memória, entre outros, geram uma grande dificuldade de execução das atividades no trabalho. Além disso, a exigência do corpo e mente responder conforme um estado de saúde mais saudável, pode levar o corpo ao stress e exaustão, ao fenómeno do presenteísmo e, possivelmente ausência por motivo de doença. Seria possível, portanto, apontarmos que ambos fenómenos além de interligados, retroalimentam-se e contribuem para um processo cíclico de adoecimento:

Figura 8: Esquema cíclico do processo de adoecimento e impacto na produtividade



O cortisol sendo o biomarcador mais comum e utilizado como um indicador de saúde no trabalho e com uma relação direta com a produtividade, é uma resposta rápida do organismo na liberação desta hormona diante de uma situação de stress. Desta forma, compreendermos que uma vez que o profissional decide permanecer no trabalho mesmo doente, podendo assim ter grandes riscos de exaustão emocional e burnout, é, portanto, aproximar a conclusão de que os profissionais nestas condições estão mais vulneráveis a situações de estresse e consequentemente, poderá haver um aumento do cortisol. Isso nos dá indícios da correlação do presenteísmo com o cortisol (Yamamoto et al., 2009).

Desta forma, uma vez que foram identificados os fenômenos envolvidos no processo de adoecimento e os biomarcadores que indicam tais manifestações no organismo, destacamos que, é preciso pensar em soluções para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Fabius et al. (2013) reforçam que a produtividade e lucros de uma empresa dependem do investimento na saúde e segurança dos seus funcionários. Portanto, as formas de intervenções devem ser analisadas e reconhecidas como eficazes. Posto isto, ao longo dos últimos 10 anos, as intervenções baseadas no mindfulness vem por apresentar uma notoriedade progressiva através de análises e estudos realizados e que fomentam a sua eficácia em programas aplicados em contextos clínicos e organizacionais, porém, o que é preciso destacar é o tempo necessário para que o resultado possa ser efetivamente medido e positivo (Johnson, Emmons, Rivard, Rachael, Kristen & Dusek, 2016). Além disso, o mindfulness precisa ser incorporado na rotina dos profissionais e da empresa, além de também ser praticado fora das dependências do local de trabalho. Como toda e qualquer intervenção, é preciso que haja um compromisso para sua total eficiência.

Identificamos no estudo II que o processo de autoconscientização, ou seja, tomar consciência do seu estado emocional e de saúde, pode gerar inicialmente, um estado de ansiedade e angústia que conseqüentemente, devem por alterar alguns dos marcadores biológicos. Portanto, é preciso desenvolver as atividades de auto regulação para que os envolvidos no processo de atenção plena, possam efetivamente conseguir um controle da mente e do corpo mais eficaz e que assim, cumpra com os objetivos dos programas de saúde baseados no mindfulness. Mas sem dúvida, ter um espaço onde seja possível reduzir o stress, a pressão do dia a dia, poder conectar mente e corpo e voltar a atenção para si e para a própria saúde é uma grande valia que deve e pode ser proporcionadas aos colaboradores de uma empresa (Crane et al., 2016).

É claro que a cultura por resultados e objetivos estará sempre envolvida na relação da organização com o trabalhador, uma vez que, a própria empresa precisa produzir, gerar lucros e garantir a sustentabilidade dos negócios. Mas é indiscutível que as práticas de gestão de pessoas precisam ser cada vez mais humanizadas e voltadas para a saúde no trabalho. Está deve ser uma preocupação dos empregados, até porque, profissionais mais saudáveis são também mais produtivos (Bubonya, Cobb-Clark & Wooden, 2016).

Devemos destacar que alguns estudos ainda apontam resultados não conclusivos sobre as intervenções baseadas em desenvolvimento da atenção plena, onde os profissionais que praticavam o mindfulness têm ou não melhores resultados em relação aqueles que não o

fazem. Algumas revisões de estudo, assim como apresentado por Escuriex e Labbé, (2011) para analisar o efeito do mindfulness em profissionais de saúde, apresenta que resultados que corroboram com o que foi identificado em nosso estudo: há uma correlação entre o mindfulness e melhora de saúde para quem pratica, porém, não é significativa quando comparada com os indivíduos que não a praticam. Estes dados sugerem estudos mais profundo e longitudinais sobre a aplicabilidade do mindfulness no ambiente organizacional, uma vez que os profissionais mesmo diante da prática estão a ser submetidos a situações de stress constantemente, o que pode afetar os resultados dos estudos.

6.1 – Implicações Práticas

Os resultados deste presente estudo apresentam contributos importantes para melhor compreensão do fenómeno do presenteísmo. Alinhar indicadores fisiológicos de saúde com contributos de medidas já identificados através dos questionários poderá trazer formas mais eficazes e menos auto reportadas, a não contar assim, unicamente com a memória para a detecção da percepção do adoecimento (Yamoto et al., 2009). Os marcadores biológicos, como o TSH, a glicemia e o cortisol, podem fornecer objetivamente os indicadores de adoecimento e a identificação dos sintomas relacionados as disfunções da tiroide e açúcar no sangue (síndrome endócrina) que associados trazem grandes implicações para a capacidade em manter a produtividade. Além de considerarmos a alteração do cortisol (associado a eventos de stress) como um agente importante que impacta o sistema imunológico, deixando o organismo vulnerável a diversos processos infecciosos e desregulação hormonal. Todos os biomarcadores citados geram, para além das implicações fisiológicas, sintomas no comportamento, alterando a forma de resposta de um indivíduo quando apresenta disfunções.

O grande diferencial em considerar os biomarcadores seria não apenas dar uma nova função aos exames ocupacionais, apenas para detecção e indicação de distúrbios ou alterações fisiológicas, mas analisar profundamente e preventivamente tais marcadores como uma forma mais abrangente de pensar o presenteísmo como um tema importante para a saúde no trabalho. Além também, de poder avaliar os aspetos e implicações associadas a produtividade no local de trabalho e assim promover ações de prevenção e promoção de saúde mais eficazes.

Sobre os programas de promoção de intervenção baseados no mindfulness, trazemos como contributo a melhora no estado de saúde e a regulação do stress gerado pela cobrança da alta produtividade. O processo de autoconsciência (sobre o estado de saúde, sintomas e comportamentos associados) e possibilidade de uma melhor gestão do stress pelo excesso de

pressão pela produtividade (que pode estar reduzida pelo adoecimento) geram nos profissionais uma alteração positiva no seu estado de saúde-adoecimento e, conseqüentemente, uma melhora no desempenho. Segundo Johnson et al., 2015, p.9) “... a *qualidade de atenção plena produz previsões alternativas de como a atenção afeta o desempenho e sugerem que os efeitos positivos podem ser mais generalizados, mesmo em contextos rotineiros. Por meio do controle efetivo e da estabilidade da atenção às informações atuais e relevantes para as tarefas, os indivíduos geralmente devem apresentar melhor desempenho das tarefas...*”

Estas medidas, biomarcadores e mindfulness poderão contribuir significativamente para um olhar mais estratégico e assertivos associados ao presenteísmo. Compreender a relação estabelecida entre os indicadores fisiológicos com o presenteísmo e a sua influência para manutenção da doença é sem dúvida inovador. Dotar os profissionais de possibilidades de autoconsciência e auto regulação em situações de stress e até mesmo, sobre sintomas relacionados a doença vai no “contra fluxo” das práticas atuais onde os profissionais precisam apresentar sempre as mesmas respostas e comportamentos, considerados adequados para empresa. Seria, portanto, recursos benéficos para os profissionais e empresas, contribuição para a melhoria não só na produtividade como na satisfação com o trabalho.

6.2 – Limitações e sugestões para estudos futuros

Há algumas limitações no estudo que devem ser consideradas: a amostra está bastante reduzida em ambos estudos, para ser considerada como significativa, é preciso um número maior de participantes. Destaca-se, principalmente a redução no tempo 2 de quase 50% dos participantes em relação ao tempo 1. Cabe aos futuros estudos, considerar um controlo mais aproximado junto das organizações ou participantes, a fim de, minimizar impactos nos resultados pela redução da amostra.

As horas disponibilizadas para as intervenções baseadas em mindfulness foram reduzidas para um dia de intervenção e não se realizou um programa de intervenção em saúde. Embora as 08 horas utilizadas na ação de intervenção correspondam ao mesmo tempo do que é proposto enquanto o tempo de intervenção num programa que seria realizado em 4 semanas (1h30min a 2h por semana) compreendemos que para um processo do desenvolvimento da atenção plena e possíveis resultados significativos, seja necessário efetivamente um desenvolvimento e acompanhamento de maior longo prazo. Para isto, sugerimos que estudos futuros cumpram com as 08 horas propostas dos programas baseados em mindfulness (Johns et al., 2015).

As medidas para avaliação do presenteísmo e burnout são consideradas como medidas de escolha e auto reportadas, portanto, referem-se a uma autoavaliação sobre como os participantes se percebem e consideram diante das temáticas apresentadas.

Para finalizar, destacamos que os programas de intervenção são de extrema importância, mas de pouca relevância caso as organizações permaneçam na cultura da gestão por manutenção da pressão e do stress (Hemp, 2004; Johns, 2010). Terem transformado a resiliência e o trabalho sobre sob pressão como competências importantes para os profissionais nestes últimos 10 anos pode vir a contribuir significativamente para o ciclo de adoecimento. Recomendamos estudos destas competências associadas ao presenteísmo.

Para a minimização do presenteísmo, é preciso considerar os aspetos globais envolvidos no processo do adoecimento: a cultura organizacional, as variáveis sociais e mercadológicas, as implicações pessoais e de personalidade e o que a empresa compreende por produtividade (Johns, 2010). Para estudos futuros, reforçamos a mais valia de analisar o tipo de cultura organizacional que rege a empresa, o modelo de gestão organizacional e as práticas realizadas em gestão de pessoas.

7 - Conclusão:

Mais do que um fenómeno, o presenteísmo pode ser percebido como um sintoma. Sintoma este que reflete a forma adoecida como as empresas e os trabalhadores estão a reproduzir o compromisso e a produtividade no trabalho. Um novo olhar sobre o presenteísmo pode significar não apenas compreender este fenómeno e seus impactos na produtividade dos profissionais e das organizações, mas também a reconhecer profundamente o que está enraizado neste fenómeno tão sintomático sobre estar presente no trabalho a qualquer custo.

Os resultados destes estudos reforçaram que há ainda grandes avanços que precisam ser feitos nesta temática e sem dúvida, destaca a importância e a contribuição metodológica que os biomarcadores associados ao presenteísmo representam na contextualização e entendimento das perdas de produtividade relacionadas ao adoecimento no trabalho. Com isso, esperamos contribuir para o interesse e continuidade no tema, e que assim, seja possível adotar medidas já existentes na saúde ocupacional como integrantes nos indicadores de gestão de desempenho e de pessoas. Sem dúvida, seria um olhar inovador em gestão de pessoas.

Expetamos assim integrar, efetivamente, no mesmo espaço organizacional as temáticas de psicologia, medicina e gestão, propondo não apenas um diálogo, mas uma gestão sistêmica e holística referente à gestão de pessoas, para que assim, novos horizontes sobre a qualidade de vida e saúde ocupacional sejam almejados.

Referências Bibliográficas

- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health, 54*(7), 502-509.
- Baker-McClearn, D., Greasley, K., Dale, J., & Griffith, F. (2010). Absence management and presenteeism: The pressures on employees to attend work and the impact of attendance on performance. *Human Resource Management Journal, 20*(3), 311-328.

- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(6), 629-638.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Lindh, T., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Does sickness presenteeism have an impact on future general health?. *International archives of occupational and environmental health*, 82(10), 1179-1190.
- Bianchi, R., & Schonfeld, I. S. (2016). Burnout is associated with a depressive cognitive style. *Personality and Individual Differences*, 100, 1-5.
- Biron, C., Brun, J. P., Ivers, H., & Cooper, C. (2006). At work but ill: psychosocial work environment and well-being determinants of presenteeism propensity. *Journal of Public Mental Health*, 5(4), 26-37.
- Brewer, J. A., & Garrison, K. A. (2014). The posterior cingulate cortex as a plausible mechanistic target of meditation: findings from neuroimaging. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1307(1), 19-27.
- Brewer, J. A., & Garrison, K. A. (2014). The posterior cingulate cortex as a plausible mechanistic target of meditation: findings from neuroimaging. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1307(1), 19-27.
- Bubonya, M., Cobb-Clark, D. A., & Wooden, M. (2017). Mental health and productivity at work: Does what you do matter?. *Labour Economics*, 46, 150-165.
- Burton, W. N., Pransky, G., Conti, D. J., Chen, C. Y., & Edington, D. W. (2004). The association of medical conditions and presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(6), S38-S45.
- Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C., & Côté, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC public health*, 11(1), 395.
- Carlson, K. D., & Schmidt, F. L. (1999). Impact of experimental design on effect size: Findings from the research literature on training. *Journal of applied psychology*, 84(6), 851.
- Cooper, C., & Dewe, P. (2008). Well-being—absenteeism, presenteeism, costs and challenges. *Occupational medicine*, 58(8), 522-524.
- Córdova Martínez, A., & Alvarez-Mon, M. (1999). O sistema imunológico (I): conceitos gerais, adaptação ao exercício físico e implicações clínicas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 5(3), 120-125.

- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological medicine*, 47(6), 990-999.
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Child and adolescent mindfulness measure (CAMM): study of the psychometric properties of the portuguese version. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 459-468.
- de Mello Filho, J. (2002). *Concepção psicossomática: visão atual*. Casa do Psicólogo.
- de Vroome, E. M., Smulders, P. G., & Houtman, I. L. (2010). Longitudinal study on the determinants and consequences of presenteeism. *Gedrag & Organisatie*, 23(3), 194-212.
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14(1), 50-68.
- Díaz-Rodríguez, L., Arroyo-Morales, M., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Polley, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de Burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1132-1138.
- Escuriex, B. F., & Labbé, E. E. (2011). Health care providers' mindfulness and treatment outcomes: A critical review of the research literature. *Mindfulness*, 2(4), 242-253.
- Fabius, R., Thayer, R. D., Konicki, D. L., Yarborough, C. M., Peterson, K. W., Isaac, F., ... & Dreger, M. (2013). The link between workforce health and safety and the health of the bottom line: tracking market performance of companies that nurture a "culture of health". *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(9), 993-1000.
- Ferreira, A. I., Mach, M., Martinez, L. F., Brewster, C., Dagher, G., Perez-Nebra, A., & Lisovskaya, A. (2017). Working sick and out of sorts: a cross-cultural approach on presenteeism climate, organizational justice and work-family conflict. *The International Journal of Human Resource Management*, 1-23.
- Fortin, M. F., & Salgueiro, N. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*.
- Garrow, V. (2016). Presenteeism: A review of current thinking. *Brighton, United Kingdom: Institute of Employment Studies*.
- Gervasio Pires, J., Farias Oliveira Nunes, M., Piva Demarzo, M. M., & Sancineto da Silva Nunes, C. H. (2015). Instrumentos para avaliar o construto mindfulness: uma revisão. *Avaliação Psicológica*, 14(3).

- Good, D. J., Lyddy, C. J., Glomb, T. M., Bono, J. E., Brown, K. W., Duffy, M. K., ... & Lazar, S. W. (2016). Contemplating mindfulness at work: An integrative review. *Journal of management*, 42(1), 114-142
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann Jr, W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in personality*, 37(6), 504-528.
- Gosselin, E., Lemyre, L., & Corneil, W. (2013). Presenteeism and absenteeism: Differentiated understanding of related phenomena. *Journal of occupational health psychology*, 18(1), 75.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.
- Halbesleben, J. R., Whitman, M. V., & Crawford, W. S. (2014). A dialectical theory of the decision to go to work: Bringing together absenteeism and presenteeism. *Human Resource Management Review*, 24(2), 177-192.
- Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2008). Going ill to work—What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?. *Social science & medicine*, 67(6), 956-964.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: at work-but out of it. *Harvard business review*, 82(10), 49-58.
- Hettiarachchi, M., Lakmal Fonseka, C., Gunasekara, P., Jayasinghe, P., & Maduranga, D. (2014). How does the quality of life and the underlying biochemical indicators correlate with the performance in academic examinations in a group of medical students of Sri Lanka?. *Medical education online*, 19(1), 22772.
- Hyeda, A., & Handar, Z. (2011). Avaliação da produtividade na síndrome de burnout. *Rev Bras Med Trab*, 9(2), 78-84.
- Imbeloni, L. E. (1987). Anestesia e o sistema imunológico. *Rev Bras Anesthesiol*, 37(2), 119-26.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), 519-542.
- Johnson, J. R., Emmons, H. C., Rivard, R. L., Griffin, K. H., & Dusek, J. A. (2015). Resilience training: a pilot study of a mindfulness-based program with depressed healthcare professionals. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 11(6), 433-444.
- Kadiyala, R., Peter, R., & Okosieme, O. E. (2010). Thyroid dysfunction in patients with diabetes: clinical implications and screening strategies. *International journal of clinical practice*, 64(8), 1130-1139.

- Koopman, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Turpin, R. S., ... & Bendel, T. (2002). Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *Journal of occupational and environmental medicine*, 44(1), 14-20.
- Langer, E. J. (2014). Mindfulness forward and back. *The Wiley Blackwell handbook of mindfulness*, 1, 7-20.
- Lipp, M. E. N., & Romano, A. S. P. F, Covolan, MA, & Nery, MJGS (1998). *Como enfrentar o stress*.
- Lohaus, D., & Habermann, W. (2018). Presenteeism: A review and research directions. *Human Resource Management Review*.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach burnout inventory*. Sunnyvale (CA): CPP, Incorporated.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Mendes, A. M. B. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours, 34-38.
- Nexø, M. A. (2014). *Work Disability Among People with Benign Thyroid Diseases in Denmark: PhD Thesis*. Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen.
- Pohling, R., Buruck, G., Jungbauer, K. L., & Leiter, M. P. (2016). Work-related factors of presenteeism: The mediating role of mental and physical health. *Journal of occupational health psychology*, 21(2), 220.
- Quaglia, J. T., Brown, K. W., Lindsay, E. K., Creswell, J. D., & Goodman, R. J. (2015). From conceptualization to operationalization of mindfulness. *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice*, 151-170.
- Ramos, L., & Ferreira, E. A. P. (2011). Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. *Journal of Human Growth and Development*, 21(3), 867-877.
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & health*, 16(5), 501-510.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.
- Stephoe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of personality*, 77(6), 1747-1776.
- Tan, C. M. (2012). *Search inside yourself: The unexpected path to achieving success, happiness (and world peace)*[Kindle version].

- Thun, S., Fridner, A., Minucci, D., & Løvseth, L. T. (2014). Sickness present with signs of burnout: The relationship between burnout and sickness presenteeism among university hospital physicians in four European countries. *Scandinavian Psychologist, 1*.
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *Journal of occupational health psychology, 10*(4), 344.
- Yamamoto, S., Loerbroks, A., & Terris, D. D. (2009). Measuring the effect of workplace health promotion interventions on “presenteeism”: A potential role for biomarkers. *Preventive medicine, 48*(5), 471-472.
- Zhang, W., Sun, H., Woodcock, S., & Anis, A. (2015). Illness related wage and productivity losses: Valuing ‘presenteeism’. *Social Science & Medicine, 147*, 62-71.

ANEXOS

Anexo A – Cronograma e calendarização Estudo Experimental II



- Grupos de Intervenção -

Datas	16/3	19/3	20/3	21/3	22/3	23/3	26/3	12/4
Turmas	Mind 1	ET 1	ET2	Mind 2		Mind 3	Mind 4	Fecho
Horário								
9 às 13h	●	●	●			●	●	●
14 às 18h	●	●	●	●	●	●	●	●
	12	12	12	13	13	13	14	

8h

- Formação em Mindfulness
- Formação em Ética no Trabalho
- Fecho do Programa

- Datas para 2ª recolha de marcadores e questionários -

Datas	23/03	26/3	27/3	29/3	30/3	02/4
	Mind 1	ET 1	ET2	Mind 2	Mind 3	Mind 4
	●	●	●	●	●	●

Anexo B – Plano de Sessão

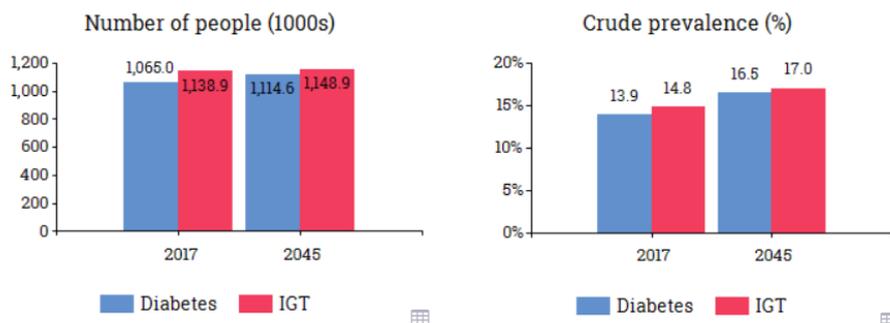


Anexo C – Dados e Informações sobre a interação do TSH e Glicemia

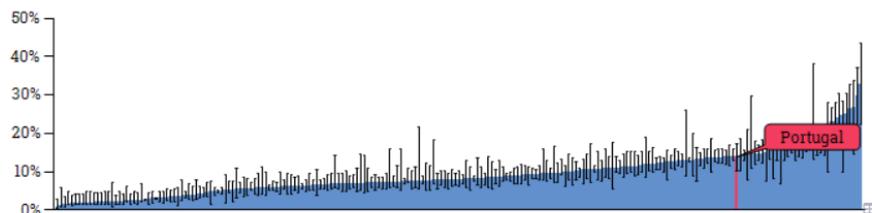
Imagem 1: Dados sobre pessoas com doenças relacionadas a Glicemia

Portugal Country report 2017 & 2045

Diabetes and IGT in adults (20-79 years), 2017 and 2045



Prevalence of diabetes compared to other countries, 2017

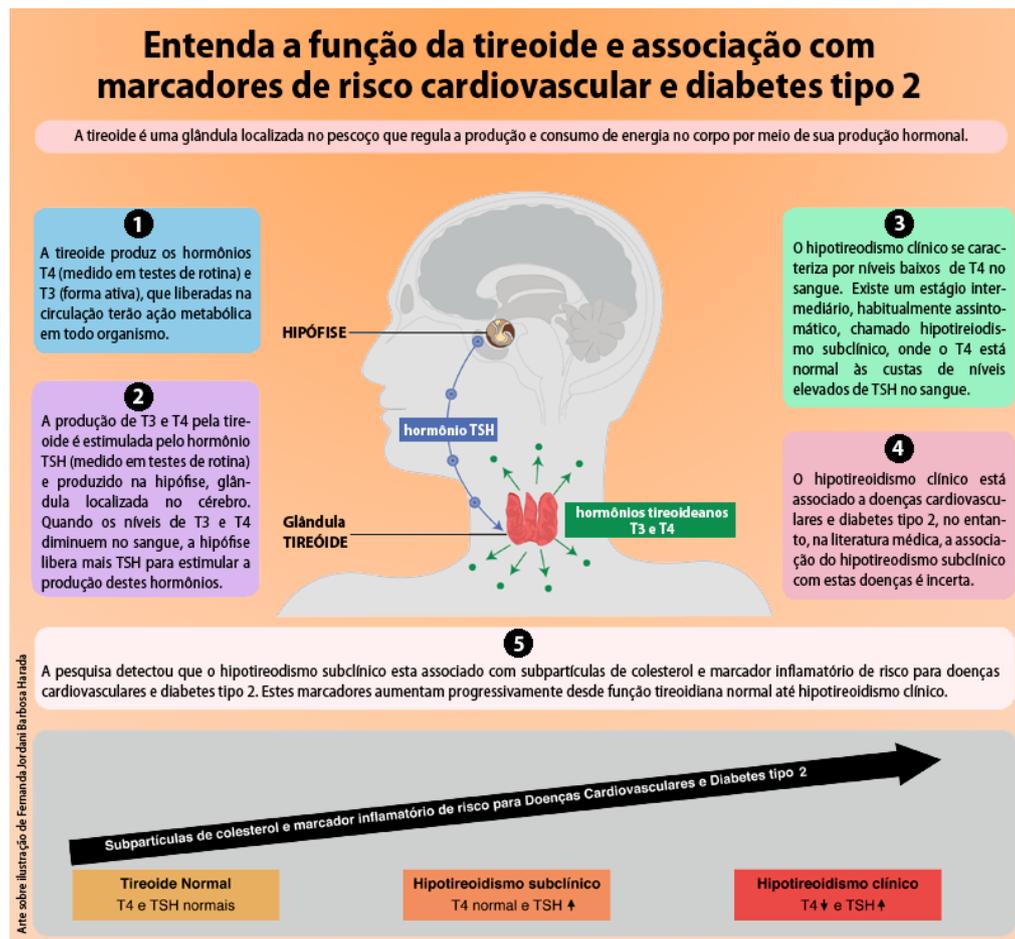


Fonte:

<https://reports.instantatlas.com/report/view/704ee0e6475b4af885051bcec15f0e2c/PR>

T

Imagem 2: Correlação entre o TSH e biomarcadores, como por exemplo, a Glicemia



Fonte: Jornal da USP:

<https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/pequena-alteracao-na-tireoide-tambem-traz-riscos-a-saude/>

Anexo D – Inquérito

Olá!

Este questionário faz parte de um estudo sobre comportamento e saúde no trabalho.

A sua participação é de grande importância para o nosso processo de investigação e, desde já, ficamos gratos pela colaboração.

Pedimos que fique atento (a) às orientações de cada pergunta e responda honestamente.

Reforçamos que os seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e tratados para fins meramente estatísticos.

Para responder a este inquérito serão necessários de 10 minutos do seu tempo...

Agradecemos, desde já, a sua participação!

A Equipa de Projeto

Mencione aqui os 4 últimos dígitos do seu cartão do cidadão: _____.

Informações Pessoais

1 - Idade: _____.

2 - Anos de Experiência Profissional: _____.

3 - Anos de Antiguidade na Empresa: _____.

4 - Género: Feminino () Masculino ()

5 - Formação Académica:

<9º ano 9º ano 12º ano Licenciatura Mestrado Doutoramento
() () () () () ()

6 - Quantidade de horas de sono por dia:

() < 4 horas

() 4 a 6 horas

() 7 a 8 horas

() Mais do que 8 horas

7 - Há histórico das seguintes doenças na família:

Sim Não

	Sim	Não
Tiroide		
Diabetes		
Cancro		
Depressão		

Informações Profissionais:

Solicitamos que nos informe sobre aspetos relacionados com o seu dia-a-dia no trabalho.

8 - Já aconteceu nos últimos 12 meses, ter ido trabalhar apesar de se sentir doente (como problema de saúde entenda-se dores de costas, depressão, ansiedade, problemas de visão, problemas de audição, dores de cabeça, diabetes, anemia, alergias...)? Isto, apesar de sentir que deveria ter tirado o dia para ficar em casa a recuperar. Coloque uma cruz (X) em baixo da opção correta.

- () Não, nunca estive doente.
- () Sim, 1 vez.
- () Sim, 2 a 3 vezes.
- () Sim, 4 a 5 vezes.
- () Sim, 6 a 10 vezes.
- () Sim, mais do que 10 vezes.

9 - Nas últimas duas semanas quantos dias se queixou da saúde enquanto trabalhava?

_____.

10 - Por favor, pense num dia típico de trabalho, durante estas duas últimas semanas, em que teve um problema de saúde ou queixas. Quantos dias é que essas queixas ou problemas duraram?

_____.

11 - Responda numa escala de 11 pontos (1 – 0% totalmente em desacordo até 11 – 100% totalmente de acordo). até que ponto estes problemas de saúde / queixas afetaram durante essas duas semanas o seu dia-a-dia no trabalho, em termos de:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Concentração											
Energia											
Descontração											
Trabalho em Equipa											
Motivação											

Capacidade de Resistir à Pressão											
Quantidade de Trabalho											

12 - Tendo em conta os últimos 6 meses, indique até que ponto o problema de saúde* afetou a produtividade no local de trabalho. Selecione uma única opção que corresponda à sua maneira de agir (ação e frequência):

Discordo Não Concordo Concordo
 Totalmente Discordo concordo Parcialmente Totalmente
 Nem
 discordo

Enquanto estive doente no trabalho...evitei queixar-me de assuntos triviais.					
Enquanto estive doente no trabalho...procurei dar estabilidade na minha equipa.					
Enquanto estive doente no trabalho...procurei alternativas quando havia coisas que não funcionavam.					
Enquanto estive doente no trabalho...tomei consciência da necessidade de procurar melhorar os meus conhecimentos,					

competências e capacidades.					
Enquanto estive doente no trabalho...evitei gastar tempo em assuntos não relacionados com o trabalho.					
Enquanto estive doente no trabalho...evitei desleixar-me .					
Enquanto estive doente no trabalho...consegui esforços-extra para beneficiar a organização, mesmo com prejuízos pessoais.					
Enquanto estive doente no trabalho...pensei em primeiro lugar no serviço, mais do que em mim.					
Enquanto estive doente no trabalho...auxiliei os meus colegas quando estavam sobrecarregados, mesmo que isso					

exigisse mais trabalho para mim.					
Enquanto estive doente no trabalho... procurei intervir e equilibrar os interesses, quando ocorriam conflitos na minha equipa de trabalho.					

** Note-se que as palavras "dor nas costas", "problema cardiovascular", "doença", "problema de estômago", ou outras descrições semelhantes podem ser substituídas por "problema de saúde" em qualquer um dos itens.*

13 - Para cada uma das afirmações que se seguem coloque um círculo ou uma cruz para demonstrar como se sentiu no trabalho:

Nunca 0	Quase nunca 1	Raramen te 2	Às vezes 3	Frequenteme nte 4	Muito frequentemente 5	Sempr e 6
------------	---------------------	--------------------	---------------	-------------------------	------------------------------	-----------------

1. Senti-me emocionalmente esgotado devido ao trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
2. Senti-me esgotado no final do dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
3. Senti-me cansado quando me levantei de manhã e pensei que tinha de enfrentar um dia de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
4. Senti que trabalhar com utentes todos os dias é uma grande pressão para mim.	0	1	2	3	4	5	6
5. Senti-me exausto devido ao trabalho.	0	1	2	3	4	5	6

14 - Em baixo, gostaríamos que descrevesse as suas experiências de trabalho durante o mês passado. Estas experiências podem ter sido afetadas por fatores ambientais e pessoais, e são suscetíveis a mudar ao longo do tempo. Para cada uma das afirmações, coloque um círculo ou uma cruz para demonstrar o seu desacordo ou acordo face ao item que descreve as suas experiências de trabalho nos últimos seis meses. Utilize a seguinte escala (1 a 5):

Discordo		Não concordo		Concordo
Totalmente	Discordo	Nem concordo	Concordo	Totalmente
1	2	3	4	5

1. Devido aos meus problemas de saúde*, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir.	1	2	3	4	5
2. Apesar dos meus problemas de saúde* consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho.	1	2	3	4	5
3. Os problemas de saúde* inibiram-me de tirar prazer do trabalho.	1	2	3	4	5
4. Senti-me desesperado/a na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido aos meus problemas de saúde*.	1	2	3	4	5
5. No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar dos meus problemas de saúde*.	1	2	3	4	5
6. Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar dos meus problemas de saúde*.	1	2	3	4	5

* Note que “dores lombares”, “problemas cardiovasculares”, “constipação”, “dores de estômago”, ou outras condições similares são exemplos de “problemas de saúde”

Agradecemos a sua participação!

Anexo E – Plano de Desenvolvimento Individual

PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

- 1ª Semana: Realizar todas as atividades indicadas (identificar diariamente as que realizar)
- Próximos 15 dias: Além das atividades assinaladas acrescente uma nova atividade em atenção plena, em cada período do dia.

Período do dia	Actividade	Local	Indicar as actividades realizadas						
			Sáb.	Dom.	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.
Manhã	- Ao acordar (respiração) - Lavar os dentes - Tomar banho	Casa							
Deslocação para o trabalho	- Ouvir música	Meios de Transporte / Rua							
Durante o trabalho	- Uma pausa para meditar - Beber chá ou café - Realizar uma tarefa em atenção plena	Ambiente de Trabalho							
Deslocação para casa	- Ouvir música	Meios de Transporte / Rua							
Lazer	- Uma atividade em atenção plena	A definir							
Actividades extra-profissionais	- Realização de uma atividade doméstica em atenção plena	Casa							

Anexo F – Consentimento Informado

Consentimento informado para o estudo

Formulário de consentimento informado

Estudo sobre Presenteísmo, Biomarcadores Biológicos e Intervenções

Autora: Eva Costa

Estudo sobre Presenteísmo, Biomarcadores Biológicos e Intervenções insere-se num trabalho que decorre no âmbito do Mestrado de Psicologia Social e das Organizações do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, através das análises dos biomarcadores e também possibilidades de redução do presenteísmo através de intervenções baseada no mindfulness. Para tal, contamos com a sua contribuição e participação voluntária nas ações que serão realizadas nas dependências de sua empresa. Portanto, a sua colaboração para recolhermos a informação necessária para criar este programa é fundamental.

O resultado deste trabalho, orientado pelo Professor Doutor Aristides Ferreira, será

apresentado no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa e para a administração de sua empresa a fim de contribuir para o desenvolvimento da saúde ocupacional.

Este trabalho não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de um questionário e da sua participação no programa de intervenção que terá a duração de 8h num dia apenas.

Qualquer informação será confidencial e não será revelada aos seus colegas de empresa, administradores, terceiros nem publicados.

A sua participação é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito deste estudo.

Assinatura: _____ Data: _____

Anexo F – Análises do SPSS

Figura 1: Interação do Glicemia com o TSH no sangue (moderação)

Matrix

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 3.00 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2018). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 1
Y : SPS6_I
X : TSH
W : glicemia

Sample
Size: 97

OUTCOME VARIABLE:
SPS6_I

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	
p	,3679	,1354	,5549	4,8542	3,0000	93,0000	,0035

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	1,4064	,8893	1,5815	,1172	-,3595	3,1723
TSH	,7513	,3351	2,2419	,0273	,0858	1,4168
glicemia	,0258	,0100	2,5789	,0115	,0059	,0456
Int_1	-,0089	,0038	-2,3264	,0222	-,0166	-,0013

Product terms key:

Int_1 : TSH x glicemia

Test(s) of highest order unconditional interaction(s):

	R2-chng	F	df1	df2	p
X*W	,0503	5,4120	1,0000	93,0000	,0222

Focal predict: TSH (X)
Mod var: glicemia (W)

Conditional effects of the focal predictor at values of the moderator(s):

	glicemia	Effect	se	t	p	LLCI	UL
CI							
	72,1479	,1062	,0585	1,8136	,0730	-,0101	,22
24							
	93,5876	-,0855	,0267	-3,1990	,0019	-,1386	-,03
24							
	115,0273	-,2773	,1076	-2,5759	,0116	-,4910	-,06
35							

Data for visualizing the conditional effect of the focal predictor:
Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

```
DATA LIST FREE/
  TSH      glicemia  SPS6_T  .
BEGIN DATA.
  ,1000    72,1479    3,2765
  3,0029   72,1479    3,5847
  10,5199  72,1479    4,3827
  ,1000    93,5876    3,8099
  3,0029   93,5876    3,5616
  10,5199  93,5876    2,9185
  ,1000    115,0273   4,3433
  3,0029   115,0273   3,5385
  10,5199  115,0273   1,4544
END DATA.
GRAPH/SCATTERPLOT=
  TSH      WITH      SPS6_T  BY      glicemia .

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****
```

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,0000

W values in conditional tables are the mean and +/- SD from the mean.

----- END MATRIX -----

```
DATA LIST FREE/
  TSH      glicemia  SPS6_T  .
BEGIN DATA.
  ,1000    72,1479    3,2765
  3,0029   72,1479    3,5847
  10,5199  72,1479    4,3827
  ,1000    93,5876    3,8099
  3,0029   93,5876    3,5616
  10,5199  93,5876    2,9185
  ,1000    115,0273   4,3433
  3,0029   115,0273   3,5385
  10,5199  115,0273   1,4544
END DATA.
```

Tabela 1: Efeito do Mindfulness no cortisol e na redução do presentismo

```
GLM T1_Cortisol_R T2_Cortisol_R BY PDI
  /WSFACTOR=Tempo 2 Polynomial
  /METHOD=SSTYPE(3)
  /POSTHOC=PDI(BONFERRONI)
  /PLOT=PROFILE(Tempo*PDI)
  /PRINT=DESCRIPTIVE ETASQ OPOWER
  /CRITERIA=ALPHA(.05)
  /WSDSIGN=Tempo
  /DESIGN=PDI.
```

General Linear Model

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

Tempo	Dependent Variable
1	T1_Cortisol_R
2	T2_Cortisol_R

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
PDI	1,00	Experimental com PDI	19
	2,00	Experimental sem PDI	32
	3,00	Controlo	21

Descriptive Statistics

		PDI	Mean	Std. Deviation	N
T1_Cortisol_R	Experimental com PDI		,4211	,50726	19
	Experimental sem PDI		,3750	,49187	32
	Controlo		,2857	,46291	21
	Total		,3611	,48369	72
T2_Cortisol_R	Experimental com PDI		,3684	,49559	19
	Experimental sem PDI		,6875	,47093	32
	Controlo		,2857	,46291	21
	Total		,4861	,50331	72

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Tempo	Pillai's Trace	,018	1,274 ^b	1,000	69,000	,263
	Wilks' Lambda	,982	1,274 ^b	1,000	69,000	,263
	Hotelling's Trace	,018	1,274 ^b	1,000	69,000	,263
	Roy's Largest Root	,018	1,274 ^b	1,000	69,000	,263
Tempo * PDI	Pillai's Trace	,069	2,545 ^b	2,000	69,000	,086
	Wilks' Lambda	,931	2,545 ^b	2,000	69,000	,086
	Hotelling's Trace	,074	2,545 ^b	2,000	69,000	,086
	Roy's Largest Root	,074	2,545 ^b	2,000	69,000	,086

Multivariate Tests^a

Effect		Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^c
Tempo	Pillai's Trace	,018	1,274	,200
	Wilks' Lambda	,018	1,274	,200
	Hotelling's Trace	,018	1,274	,200
	Roy's Largest Root	,018	1,274	,200
Tempo * PDI	Pillai's Trace	,069	5,091	,493
	Wilks' Lambda	,069	5,091	,493
	Hotelling's Trace	,069	5,091	,493
	Roy's Largest Root	,069	5,091	,493

a. Design: Intercept + PDI
Within Subjects Design: Tempo

b. Exact statistic

c. Computed using alpha = ,05

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b Greenhouse-Geisser
Tempo	1,000	,000	0	.	1,000

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Epsilon ^b	
	Huynh-Feldt	Lower-bound
Tempo	1,000	1,000

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept + PDI

Within Subjects Design: Tempo

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F
Tempo	Sphericity Assumed	,257	1	,257	1,274
	Greenhouse-Geisser	,257	1,000	,257	1,274
	Huynh-Feldt	,257	1,000	,257	1,274
	Lower-bound	,257	1,000	,257	1,274
Tempo * PDI	Sphericity Assumed	1,026	2	,513	2,545
	Greenhouse-Geisser	1,026	2,000	,513	2,545
	Huynh-Feldt	1,026	2,000	,513	2,545
	Lower-bound	1,026	2,000	,513	2,545
Error(Tempo)	Sphericity Assumed	13,911	69	,202	
	Greenhouse-Geisser	13,911	69,000	,202	
	Huynh-Feldt	13,911	69,000	,202	
	Lower-bound	13,911	69,000	,202	

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Tempo	Sphericity Assumed	,263	,018	1,274	,200
	Greenhouse-Geisser	,263	,018	1,274	,200
	Huynh-Feldt	,263	,018	1,274	,200
	Lower-bound	,263	,018	1,274	,200
Tempo * PDI	Sphericity Assumed	,086	,069	5,091	,493
	Greenhouse-Geisser	,086	,069	5,091	,493
	Huynh-Feldt	,086	,069	5,091	,493
	Lower-bound	,086	,069	5,091	,493
Error(Temp)	Sphericity Assumed				
	Greenhouse-Geisser				
	Huynh-Feldt				
	Lower-bound				

a. Computed using alpha = ,05

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	Tempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Tempo	Linear	,257	1	,257	1,274	,263
Tempo * PDI	Linear	1,026	2	,513	2,545	,086
Error(Temp)	Linear	13,911	69	,202		

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	Tempo	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Tempo	Linear	,018	1,274	,200
Tempo * PDI	Linear	,069	5,091	,493
Error(Temp)	Linear			

a. Computed using alpha = ,05

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	22,330	1	22,330	85,183	,000	,552
PDI	1,572	2	,786	2,998	,056	,080
Error	18,088	69	,262			

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	85,183	1,000
PDI	5,996	,564
Error		

a. Computed using alpha = ,05

Post Hoc Tests

PDI

Multiple Comparisons

Measure: MEASURE_1

Bonferroni

(I) PDI	(J) PDI	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Experimental com PDI	Experimental sem PDI	-,1365	,10485	,592
	Controlo	,1090	,11463	1,000
Experimental sem PDI	Experimental com PDI	,1365	,10485	,592
	Controlo	,2455	,10167	,055
Controlo	Experimental com PDI	-,1090	,11463	1,000
	Experimental sem PDI	-,2455	,10167	,055

Anexo F – Análises do SPS



Despacho nº 86/2016 do Reitor do ISCTE-IUL

No uso da competência que me é consagrada no artigo 30.º, dos Estatutos do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (Despacho normativo n.º 11/2011, de 14/04, publicado na 2ª Série do *Diário da República*, n.º 124, de 30 de junho) homologo e publico o Código de Conduta Ética na Investigação, o qual visa promover o cumprimento de padrões éticos na investigação realizada no universo ISCTE-IUL, e surge no quadro geral da missão e das atribuições da Comissão de Ética do ISCTE-IUL (Despacho n.º 7095/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 90, de 10/06/2011).

27 de dezembro de 2016, Luís Antero Reto, Reitor do ISCTE-IUL

Código de Conduta Ética na Investigação

1. ENQUADRAMENTO

1.1. O presente Código tem como objetivos: (1) proteger a dignidade, a segurança e o bem-estar dos/as participantes; (2) salvaguardar a segurança e a reputação dos/as investigadores/as; e (3) promover a qualidade da investigação como um todo.

1.2. No âmbito do presente documento, entende-se por investigação toda a iniciativa que visa gerar conhecimento original através da aplicação de metodologias científicas. O Código é aplicável a todas as atividades de investigação com participantes humanos desenvolvidas no âmbito das Escolas, Departamentos, Centros de Investigação, Institutos, entidades associadas e/ou outras unidades orgânicas do ISCTE-IUL, por docentes, investigadores/as, alunos/as e/ou outros intervenientes.

1.3. Embora assuma um caráter prescritivo, o Código enfatiza o papel da autonomia, responsabilidade e autorregulação de quem conduz investigação, na concretização dos princípios e das orientações que veicula. Assim, não é vinculativo nem pretende substituir-se à reflexão crítica na identificação e resolução de questões éticas na investigação, mas antes informar e orientar a ação de todos os intervenientes com responsabilidades no planeamento, gestão, condução e/ou divulgação científica.

1.4. No mesmo sentido, o Código é encarado como um documento que se presta à melhoria contínua, moldando-se à evolução das exigências e preocupações éticas na investigação científica. Está, portanto, aberto a integrar sugestões de revisão e atualização que se encontrem alinhadas com todos os objetivos apresentados no seu enquadramento (ver parágrafo 1.1), privilegiando-se, tanto quanto possível, uma seleção parcimoniosa e criteriosa dos conteúdos a integrar.



1.5. No que respeita à sua estrutura, para além do presente enquadramento, o Código apresenta um conjunto de princípios gerais que informam a conduta ética na investigação, uma lista de orientações práticas organizadas por temas relevantes para a ética na investigação, e um anexo com as fontes utilizadas na elaboração do documento.

1.6. As disposições do Código não dispensam, substituem ou sobrepõem a consulta e o conhecimento de outros guias e legislação relevante ao nível nacional e europeu, tais como: a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia; a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais; a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro – Lei da Proteção de Dados Pessoais (LPDP); a Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, relativa à Informação genética pessoal e informação de saúde; a Lei n.º 125/99, de 20 de abril, relativa ao Regime Jurídico das Instituições de Investigação Científica.

1.7. De igual modo, as disposições do Código e/ou dos guias e legislação relevante ao nível nacional e europeu não dispensam, substituem ou se sobrepõem a obrigações legais de outros países, sempre que a investigação seja conduzida em países terceiros.

2. PRINCÍPIOS GERAIS

Responsabilidade

2.1. Responsabilidade em relação ao impacto da investigação: nos/as participantes, respeitando a autodeterminação e tomando medidas para minimizar quaisquer riscos para a saúde e bem-estar físico e/ou psicológico; na sociedade, privilegiando atividades com elevado potencial de relevância social e científica; e no ambiente, minimizando impactos nocivos e promovendo a gestão sustentável dos recursos disponíveis.

Honestidade

2.2. Honestidade em relação ao processo de investigação, assegurando a transparência e veracidade dos procedimentos, dos dados, dos resultados, das interpretações e de eventuais implicações, reconhecendo os contributos de terceiros, e não utilizando nem ocultando más práticas de investigação.

Fiabilidade e rigor

2.3. Fiabilidade e rigor ao realizar atividades de investigação, agindo de forma metódica, cuidadosa e com atenção aos detalhes; e na comunicação de resultados, reportando-os de forma correta, integral e imparcial.

Objetividade

2.4. Objetividade nas interpretações e conclusões, ancorando-as em dados e evidências disponibilizáveis e comprováveis, obtidas através de procedimentos replicáveis.



Integridade

2.5. Integridade na identificação e manifestação de conflitos de interesse, reais e/ou potenciais, e no cumprimento de todos os requisitos éticos e legais em relação à respetiva área de investigação.

3. ORIENTAÇÕES PRÁTICAS

Relevância e qualidade da investigação

3.1. As atividades de investigação devem ser planeadas e conduzidas em função de perguntas/problemas de investigação que permitam acrescentar conhecimento relevante sobre determinado tema, desenvolver novos métodos/instrumentos com potencial de aplicação, ou melhorar métodos/instrumentos já existentes.

3.2. A relevância da investigação pode justificar-se também em situações de comprovado valor pedagógico-educativo para efeitos de treino e instrução de estudantes, investigadores e/ou outros intervenientes, ainda que a consecução de um contributo original em determinado tema não seja o principal foco das atividades.

3.3. A investigação realizada através de estudos sem validade e com falhas metodológicas graves não é considerada ética. Para além de desperdiçar recursos e desvalorizar o contributo dos/as participantes, pode traduzir-se em dados e resultados erróneos, cuja disseminação poderá ter implicações eventualmente danosas.

Consentimento

3.4. Ninguém pode ser obrigado ou coagido a participar num estudo. No âmbito do consentimento informado, os/as participantes devem receber informação que inclui: (1) objetivos gerais do estudo, tempo estimado e características gerais da sua participação; (2) direito a recusar participar no estudo, e a interromper a participação em qualquer momento; (3) eventuais riscos, desconfortos ou outros efeitos adversos associados à participação; (4) eventuais benefícios associados à participação; (5) eventuais limites à confidencialidade (ver Confidencialidade, parágrafo 3.15); (6) incentivos à participação, quando houver; (7) quem contactar no caso de desejar fazer perguntas ou comentários sobre o estudo.

3.5. Os/as participantes não devem iniciar a participação num estudo antes de terem a oportunidade de dar o seu consentimento, de forma livre e autodeterminada.

3.6. Quando a participação é presencial, deve privilegiar-se a obtenção de consentimento informado assinado pelo/a participante, exceto em situações de incapacidade (e.g., dificuldades de literacia ou motricidade), ou quando a identificação pessoal possa implicar riscos para o/a participante (e.g., estudos com participantes com comportamentos ilícitos). Nestes casos, o/a participante pode

manifestar o seu consentimento de forma verbal ou através de sinal comportamental, o qual deverá ficar devidamente registado.

3.7. Nas situações em que os/as participantes estejam impedidos de dar o seu consentimento, por estarem limitados/as na sua autodeterminação (e.g., crianças e jovens com menos de 18 anos; doentes incapacitados; dificuldades cognitivas acentuadas), o consentimento deve ser previamente concedido por terceiros que assegurem o respeito pelos seus direitos, tais como os/as cuidadores/as principais ou representantes legais.

3.8. O consentimento concedido por terceiros só pode ser obtido, salvo situações excecionais e justificadas, através do princípio da opção de inclusão (*opt-in*; i.e., ao ser informado, deve dar o consentimento explícito para a participação). Adicionalmente, ainda que o consentimento seja concedido por terceiros, a manifestação de recusa por parte do/a participante deve ser impeditiva da sua participação.

3.9. A recolha de dados no contexto de um serviço ou organização deve ser precedida de autorização formal por parte do respetivo serviço ou organização. No entanto, a obtenção de autorização formal para a recolha de dados não dispensa o pedido de consentimento informado aos/as participantes do estudo.

3.10. Os estudos que envolvam apenas observação em contextos públicos, onde é expectável poder ser-se observado por estranhos, estão isentas de consentimento – desde que a observação não implique riscos acrescidos para os/as participantes, nem seja recolhida informação sobre a sua identidade.

3.11. Nas situações em que a obtenção de consentimento plenamente informado prévio à participação possa comprometer os objetivos do estudo, por risco provável de condicionar as respostas e/ou a conduta dos/as participantes, devem aplicar-se as orientações relativas a "Deception" e ocultação de informação (parágrafos 3.27 a 3.29).

Confidencialidade

3.12. Toda a informação prestada pelos/as participantes no contexto de investigação deve ser tratada confidencialmente e, quando publicada, não deve ser identificável.

3.13. No contexto de investigação, devem recolher-se apenas os dados pessoais estritamente necessários à realização do estudo. A informação que identifique de forma única os/as participantes deve manter-se apenas enquanto for necessária, convertendo-se o mais rapidamente possível em dados anónimos (e.g., código de identificação anónimo).

3.14. Na investigação realizada com escolas, hospitais, empresas ou quaisquer outras organizações públicas ou privadas, estas não devem ser identificadas, a menos que previamente acordado por todas as partes.

3.15. O dever de confidencialidade não é absoluto e, em circunstâncias excecionais, pode ser ultrapassado pelo dever de proteção face ao dano. Em determinados



contextos de investigação, pode acontecer que sejam identificadas ameaças graves e credíveis à segurança de indivíduos em situação de vulnerabilidade, e/ou vítimas de crimes públicos ou semipúblicos. Neste âmbito, os/as responsáveis pela investigação devem definir antecipadamente quais os procedimentos a seguir no caso de se depararem com situações desta natureza.

3.16. Na eventualidade de não poder assegurar-se a confidencialidade e/ou o anonimato dos dados, os/as participantes devem ser informados dessa possibilidade no âmbito do consentimento informado.

"Debriefing" e "feedback"

3.17. No final da participação no estudo deve facultar-se aos/às participantes a oportunidade de aceder a informação mais específica sobre os objetivos, hipóteses, procedimentos e/ou contributos esperados da investigação (i.e. *debriefing*), complementando informação eventualmente mais genérica prestada no consentimento informado.

3.18. Havendo o risco de condicionar as respostas ou a conduta de outros/as potenciais participantes, por contacto ou exposição, o *debriefing* pode ser prestado num momento posterior, através de contacto cedido livremente para o efeito – desde que o adiamento não implique quaisquer riscos, desconfortos ou outros efeitos adversos antecipáveis para os/as participantes (ver *Proteção e segurança dos/as participantes*, parágrafos 3.21 a 3.26).

3.19. Deve oferecer-se aos/às participantes a oportunidade de obterem informação sobre os resultados e conclusões do estudo (i.e. *feedback*).

3.20. O dever de oferecer aos/às participantes um *debriefing* e a oportunidade de receber *feedback* sobre os resultados do estudo aplica-se, por princípio, em todas as investigações em que haja Consentimento (parágrafos 3.4 a 3.11) ou "Deception" e ocultação de informação (parágrafos 3.27 a 3.29).

Proteção e segurança dos/as participantes

3.21. O respeito pela dignidade, segurança e bem-estar dos/as participantes deve estar entre as considerações primárias de qualquer investigação. Neste sentido, os/as responsáveis pela investigação devem considerar eventuais riscos associados à participação.

3.22. Os riscos associados à participação podem referir-se a danos reais ou potenciais para a saúde física ou psicológica dos participantes, desconforto, stresse, ofensas à reputação, danos para as relações familiares e interpessoais, danos para a situação económica, profissional ou académica, e/ou quaisquer outros fatores manifestamente contrários aos interesses dos/as participantes.

3.23. Antecipando-se a existência de riscos significativos associados à participação, os responsáveis pela investigação devem definir antecipadamente procedimentos de minimização e gestão dos riscos, e colocá-los à consideração da comissão de ética.

3.24. Entendem-se por riscos significativos todos os que não caibam na definição estrita de risco mínimo. Considera-se que o estudo tem um risco mínimo quando se antevê que possa implicar, no máximo, um impacto negativo muito ligeiro e temporário no bem-estar do/a participante.

3.25. Deve prestar-se especial consideração à existência de riscos potencialmente significativos em estudos que envolvam: recolha de informação sobre assuntos sensíveis para os/as participantes (e.g., experiências traumáticas; limitações físicas; sofrimento psicológico); indução de estados de desconforto físico (e.g., tarefas físicas prolongadas ou muito repetitivas) ou psicológico (e.g., ansiedade; humilhação); atribuição de rótulos ou categorias no contexto experimental com consequências potencialmente negativas para o autoconceito (e.g., manipulação de competências percebidas; manipulação de situações de exclusão); atividades invasivas (e.g., administração de substâncias); recolha de tecidos humanos, sangue ou outros materiais biológicos.

3.26. No mesmo sentido, deve prestar-se especial consideração à existência de riscos potencialmente significativos em estudos com populações vulneráveis, tais como: crianças e jovens com menos de 18 anos; pessoas com dificuldades físicas ou psicológicas; pessoas com relação de desigualdade ou dependência em relação aos responsáveis da investigação, ou no contexto onde decorre a investigação.

"Deception" e ocultação de informação

3.27. Nas situações em que a obtenção de consentimento prévio plenamente informado possa comprometer os objetivos do estudo, por risco provável de condicionar as respostas e/ou a conduta dos/as participantes, pode justificar-se o recurso à não explicitação total dos objetivos ou hipóteses da investigação ("deception").

3.28. O recurso à não explicitação total de objetivos e hipóteses referido no número anterior deve ser utilizado apenas em investigações com elevada relevância científica, educativa ou aplicada, quando outras alternativas que não envolvam *deception*/ocultação de informação não possam ser utilizadas para atingir os mesmos objetivos.

3.29. Recorrendo a *deception* ou à ocultação de informação, a informação ocultada ou manipulada deve ser revelada e contextualizada no *debriefing* (*Debriefing* e *feedback*; parágrafos 3.17 a 3.20).

Recolha e armazenamento de dados

3.30. Todos os dados recolhidos no âmbito da investigação devem ser armazenados e mantidos de forma segura e acessível, por um período de pelo menos cinco anos desde o final do estudo/projeto ou, sendo reportados em publicações científicas, desde a data da publicação original.

3.31. Os dados da investigação devem ser colocados à disposição de quem pretenda replicar o estudo ou trabalhar sobre os resultados, sujeitos a eventuais



limitações impostas por legislação específica e pelos princípios gerais da confidencialidade, proteção e segurança dos/as participantes.

3.32. Findo o período de armazenamento, a eventual eliminação ou destruição dos dados deve ser feita de acordo com os requisitos éticos e legais aplicáveis, com especial consideração pelos princípios gerais da confidencialidade, proteção e segurança dos/as participantes.

Publicação e autoria

3.33. Os/as investigadores/as devem publicar e divulgar os resultados da investigação de forma honesta, transparente e rigorosa.

3.34. Os resultados devem ser publicados com a maior brevidade possível, cumprindo-se o contributo original a que a investigação se presta, ressalvadas questões de carácter comercial ou intelectual que possam justificar a dilação da publicação, por exemplo no que respeita a pedidos de patentes.

3.35. As autorias devem ser definidas tendo em conta a participação original e significativa na investigação, nomeadamente: contribuição significativa para o desenho da investigação, recolha e análise dos dados, interpretação dos resultados, discussão, escrita e/ou revisão do manuscrito.

3.36. Na definição de autorias, devem considerar-se irrelevantes quaisquer fatores que não se reportem à participação direta e significativa nas atividades da investigação, tais como: estatuto académico ou profissional, cargo ou posição hierárquica, supervisão geral de grupo de investigação sem contributos específicos para o projeto, cedência de espaço ou equipamentos para a investigação, financiamento ou compensação financeira, edição de texto.

3.37. O trabalho e a colaboração de intervenientes que não cumpram os critérios de autoria devem ser reconhecidos sempre que se justifique, e se tal for consentido pelos próprios, em nota de rodapé ou em secções específicas para o efeito (e.g. agradecimentos, reconhecimentos).

3.38. Quaisquer apoios financeiros e materiais à investigação e à publicação devem ser corretamente mencionados e reconhecidos.

3.39. Todos os/as autores/as devem revelar a existência de potenciais conflitos de interesse (e.g., ser detentor/a de interesses financeiros ou de afiliação em relação aos resultados da investigação).

3.40. Todos os/as autores/as devem ser plenamente responsáveis pelos conteúdos da publicação, salvo se for especificado que a sua responsabilidade se resume a uma parte específica do estudo e da publicação.

3.41. A ordem de autoria deve ser acordada por todos/as, logo no início do projeto ou da elaboração do manuscrito, sem prejuízo de posterior redefinição quando tal se justifique.

3.42. O/a primeiro/a autor/a deve ser considerado o/a que contribuiu mais para as atividades da investigação (considerando-se geralmente o desenho da investigação,



recolha e análise dos dados, interpretação dos resultados e discussão) e que assume a principal responsabilidade pela escrita do manuscrito.

3.43. No que respeita a publicações que sejam substancialmente baseadas nos conteúdos de tese ou dissertação, deve assumir-se que os/as alunos/as são quem mais contribuiu para as respetivas atividades da investigação, e que assumiram a responsabilidade pela escrita da mesma. Neste sentido, em conformidade com os parágrafos anteriores e salvo circunstâncias excecionais, devem ser listados/as como primeiros/as autores/as.

Má conduta

3.44. Todos os intervenientes com responsabilidades no planeamento, gestão, condução e/ou divulgação científica devem reconhecer que existem práticas qualificadas como má conduta na investigação.

3.45. Reconhecendo estas práticas devem também repudiá-las, na medida em que promovem uma representação deliberadamente falsa da realidade, contrariam os princípios fundamentais do processo científico, e comprometem os contributos prestados pela investigação como um todo.

3.46. As práticas mais graves qualificadas como má conduta na investigação incluem: fabrico de dados, falsificação e plágio.

3.47. O fabrico de dados consiste em criar dados falsos (e.g., respostas de participantes; registos observacionais) ou outros materiais de investigação (e.g., consentimento informado).

3.48. A falsificação consiste em distorcer, manipular, omitir ou alterar dados, resultados ou materiais da investigação.

3.49. O plágio corresponde à utilização ou apropriação indevida de ideias, processos, propriedade intelectual ou outro tipo de trabalho sem o devido crédito ou referência pela fonte ou autoria original.

3.50. A adoção de práticas manifestamente contrárias aos princípios gerais veiculados no presente Código (parágrafos 2.1 a 2.5) também deve ser encarada como má conduta na investigação.