



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

The Dark Side of Presenteeism: Pode o Descomprometimento Moral Estar Relacionado com o Presentismo Através do Efeito Mediador do Estado de Saúde Percebido e do Efeito Moderador da Variável Sexo?

Ana Elisabete Capela Alves

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, 2019

Agradecimentos

Esta foi possivelmente das fases mais desafiantes da minha vida, não vou mentir. Muitas vezes pensei em desistir e ainda bem que não o fiz, mas a verdade é isso se deveu às pessoas que tenho à minha volta.

A primeira pessoa foi o meu orientador Prof. Doutor Aristides Isidoro Ferreira que me acompanhou nesta montanha russa, mas mesmo assim não desistiu de mim, continuou a puxar por mim, a dar-me ideias e a fazer-me ver a luz quando as coisas pareciam muito negras. A si, obrigada por não desistir de mim.

De seguida, se existem pessoas que tornaram isto possível foram os meus colegas na Mercer, em particular o meu *boss*. Tiago, obrigada por toda a flexibilidade de horários que me deste, por me deixares trabalhar de casa, por nunca questionares se eu conseguia entregar ou não, nem nunca colocares entraves sempre que eu precisava de uma tarde. Obrigada por não teres descansado enquanto eu não tivesse garantido um lugar na Mercer, tu és simplesmente o melhor *boss* que eu já tive na minha vida profissional.

Se por um lado o meu chefe e colegas permitiram-me ter disponibilidade para realizar a tese, os meus amigos foram aqueles que de facto de me fizeram terminar a tese. Luis, Lizzie, Rita, Ana, Nicole vocês que me mantiveram à tona, guardaram a minha sanidade, acompanharam-me mesmo nos momentos mais negros e não desistiram de mim ou acharam que eu era louca, só vos consigo dizer obrigada. Não sei como vos retribuir, nem sei bem como agradecer tudo o que fizeram, mas sei que vou passar o tempo a tentar. Tatiana, Ana e Ritinha, eu sei que estive longe, mas agora vou voltar, obrigada por serem fantásticas e darem-me o espaço e o tempo que eu precisava mesmo que isso significasse que vocês não me iam ver durante meses.

Finalmente, a minha família: mãe, madrinha, pai, avó... não há muito que vos possa dizer. Se não fossem vocês eu não estava aqui hoje, quase a terminar o mestrado, tão simples quanto isso. Avó, eu quero tanto que consigas ver a minha defesa de tese. A vocês devo tudo, especialmente a ti mãe.

Resumo

Um dos fenómenos que mais tem chamado a atenção dos académicos e organizações é o presentismo. Este comportamento tem se tornado um problema a nível organizacional, devido ao impacto negativo que tem, não só nos próprios indivíduos, como nos colegas e organizações. Contudo, apesar dos danos que pode causar, as pessoas continuam a ir trabalhar estando doentes, e por isso o foco tem sido perceber o que pode motivar o presentismo. Neste sentido, o presente estudo procurou explorar se o presentismo e a propensão para o descomprometimento moral estão relacionados através do estado de saúde percebido, e se a variável sexo modera este efeito indireto.

Através de um questionário online, com medidas de autorreporte, foram recolhidas respostas de 878 participantes, num único momento. Os resultados indicam uma mediação total, ou seja, não houve efeito direto entre o descomprometimento moral e o presentismo, apenas um efeito mediador do estado de saúde percebido, onde indivíduos com alta propensão para o descomprometimento moral mostraram uma perceção mais negativa do seu estado de saúde, o que, por conseguinte, levou a uma maior ocorrência de presentismo. Também foi possível apurar que a variável sexo interagiu com o descomprometimento moral para explicar o estado de saúde percebido e que moderou o efeito indireto entre o descomprometimento moral e o presentismo através do estado de saúde percebido, sendo que este efeito apenas ocorreu no sexo feminino.

Palavras-chave: presentismo; descomprometimento moral; estado de saúde percebido, sexo feminino

Abstract

One of the phenomena that has drawn the most attention from academics and organizations is presentism. This behavior has become an organizational problem due to its negative impact, not only on individuals themselves, but also on colleagues and organizations. However, despite the damage it can cause, people continue to go to work despite sickness and because of that the focus has been to understand what motivates presentism. As such, the present study sought to explore whether presentism and propensity for moral disengagement are related through perceived health status, and whether the gender moderates this indirect effect.

Through an online self-report questionnaire, we collected responses from 878 participants, in one moment. The results indicate a total mediation. That means that there was no direct effect between moral disengagement and presentism, only a mediating effect of perceived health status, where individuals with high propensity for moral disengagement showed a more negative perception of their health status, which consequently led to a higher occurrence of presentism. It was also possible to show that the gender interacted with moral disengagement to explain perceived health status and it moderated the indirect effect between moral disengagement and presentism through perceived health status. Also, this effect only occurred on women.

Keywords: presenteeism; moral disengagement; perceived health status, female gender

Índice

Introdução.....	1
CAPÍTULO I – Equandramento Teórico	4
Presentismo	4
Presentismo e estado de saúde percebido	6
Descomprometimento Moral	7
Descomprometimento moral e estado de saúde percebido.	12
O Efeito Mediador do Estado de Saúde Percebido	14
Efeito Moderador da Variável Sexo	18
Modelo e Hipóteses	20
CAPÍTULO II – Método.....	21
Participantes.....	21
Procedimento	23
Material e Instrumentos	24
CAPÍTULO III – Resultados	26
Análise Descritiva e Correlações das Variáveis em Estudo	26
Teste de Hipóteses	27
CAPÍTULO IV – Discussão.....	31
Implicações Teóricas	33
Implicações Práticas	36
Limitações e Sugestões para Investigação Futura	38
Conclusão	40
Referências.....	41
Anexos	48

Índice de Quadros

Quadro 2.1 – <i>Caracterização da Amostra</i>	22
Quadro 3.1 – <i>Análise Descritiva e Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Variáveis do Descomprometimento Moral, Estado de Saúde Percebido e Presentismo</i>	26
Quadro 3.2 – <i>Coeficientes do Modelo de Mediação</i>	28
Quadro 3.3 – <i>Coeficientes do Modelo de Mediação Moderada</i>	30

Índice de Figuras

Figura 1.1 – <i>Modelo de Mediação do Estado de Saúde Percebido na Relação entre o Descomprometimento Moral e o Presentismo, com Efeito Moderador da Variável Sexo na Relação entre o Descomprometimento Moral e o Estado de Saúde Percebido na Relação de Mediação</i>	20
Figura 3.1 – <i>Efeito do descomprometimento Moral no Presentismo Através da Mediação do Estado de Saúde Percebido</i>	28
Figura 3.2 – <i>Efeito Moderador do Sexo na relação entre o Descomprometimento Moral e o Estado de Saúde Percebido. A relação entre o descomprometimento moral e o estado de saúde percebido é moderado pelo sexo feminino e não pelo sexo masculino</i>	29

Glossário de Abreviaturas

e.g., – Por exemplo

etc. – Entre outros

i.e., – Isto é

et al. – E outros, E colaboradores

b – Coeficiente de regressão estandardizado

DP – Desvio padrão

IC – Intervalo de Confiança

M – Média

N – Tamanho da amostra

p – Valor de Significância

SE – Erro Padrão

T – Teste t

Introdução

No contexto organizacional, um dos fenômenos que mais tem preocupado e estimulado interesse, tanto a acadêmicos como organizações, é o comportamento do presentismo. O presentismo define-se como ir trabalhar estando doente (Johns, 2010). Ou seja, estar presente fisicamente no trabalho, mas ausente psicologicamente pois as capacidades de funcionamento dos indivíduos são reduzidas devido a mal-estar ou uma condição médica (Aronsson, Gustafsson & Dallner, 2000; Gilbreath & Karimi, 2012; Hemp, 2004; Johns, 2010).

Uma das principais causas associadas ao presentismo é o estado de saúde. Inclusive, este é requisito para ocorrer presentismo, visto que este se define como ir trabalhar não estando nas suas plenas capacidades devido a problemas de saúde ou outras condições médicas (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010; Johns, 2011; Miraglia & Johns, 2016). Johns (2010) refere que o estado de saúde, assim como a sua experiência subjetiva – a percepção individual sobre o estado de saúde e capacidade de minimizar os sintomas – têm um papel determinante na escolha de ir trabalhar ou não quando estamos doentes, sendo que pessoas que percebem um estado de saúde mais debilitado têm maior probabilidade de ir trabalhar – dependendo da gravidade e natureza da doença. Ainda, o estado de saúde é uma das principais causas de variação de desempenho e produtividade organizacional, sendo que reflete o estado de saúde da força laboral (Sanderson & Cocker, 2013).

Este fenômeno tem suscitado cada vez mais interesse devido ao impacto que tem a nível dos indivíduos, das organizações e da sociedade em si. Inicialmente era visto como algo positivo porque evitava o absentismo (i.e., estar ausente fisicamente do trabalho quando estava programada a sua presença) (Bierla, Huver & Richard, 2013; Johns, 2010; Schultz & Edington, 2007). Contudo, a literatura tem demonstrado consistentemente que o presentismo afeta a produtividade e desempenho do indivíduo, o que impacta a organização e a sua produtividade e desempenho. Ou seja, o presentismo tem sido apontado como um dos principais fatores associados a falhas de produtividade, o que aumenta a probabilidade de quebras de produção, erros humanos, falhas de atenção, que resultam em encargos e custos adicionais à organização (Brown & Sessions, 2004; Johns, 2010). Já para não falar que um indivíduo ao trabalhar doente pode agravar condições médicas existentes, o que pode levar a períodos de absentismo, e ainda aumentar a probabilidade de acidentes de trabalho, o que resulta em custos adicionais com a saúde para a organização (Hemp, 2004; Martinez & Ferreira, 2011). Para além disso, o presentismo pode acentuar doenças prévias, criar doenças crónicas (Aronsson et al., 2000; Deery, Walsh & Zatzick, 2014), provocar epidemias no local do trabalho, colocando os colegas em risco de ficarem doentes e ainda, ao prejudicar o trabalho individual, pode prejudicar

também o trabalho dos colegas (Hemp, 2004; Leineweber, Westerlund, Hagberg & Svedberg, 2011). Cada vez mais é notório que este comportamento provoca danos ao próprio e a terceiros – colegas, clientes e organização –, sendo assim errado e algo a evitar (Lohausa & Habermannb, 2019). Contudo, os indivíduos continuam a ir trabalhar doentes, mesmo sabendo do dano que podem causar. Assim sendo, torna-se cada vez mais urgente perceber o que causa e motiva este comportamento, o que leva as pessoas a irem trabalhar doentes apesar das consequências danosas que esse comportamento pode ter para a si mesmas, para a organização e para a sociedade. E é nesse sentido que o presente estudo pretende contribuir (Lohausa & Habermannb, 2019).

Ainda no âmbito organizacional, outro fenómeno que também tem levantado interesse, é a disposição individual para o descomprometimento moral (Moore, Detert, Treviño, Baker & Mayer, 2012). Originalmente definido por Bandura (1986), o descomprometimento moral engloba um conjunto de oito mecanismos cognitivos que desativam os nossos mecanismos de autorregulação de conduta (i.e., autossanções que aplicamos a nós mesmos quando realizamos um ato que está desalinhado com o que consideramos certo e errado). Esta desativação permite que dissociemos os nossos comportamentos dos nossos valores morais internos, de forma a que possamos realizar atos que vão contra esses mesmos valores, sem que nos sintamos mal com isso (Bandura, 1999, 2002, 2016). Cada individuo varia na sua propensão para usar mecanismos de descomprometimento moral quando confrontando com decisões que envolvam padrões sobre o que certo e errado (Moore et al., 2012), e por isso é encarado como uma disposição individual.

Por ser um fenómeno que pode ter um grande impacto, tem-se tornado cada vez mais premente estudar esta disposição individual e aprofundar o conhecimento sobre o seu impacto e efeitos no individuo e por consequência nas organizações e sociedade. Assim sendo, a propensão para o descomprometimento moral tem vindo a ser associada e atribuída como causa de muitos comportamentos negativos, pouco corretos e que aportam riscos e danos a terceiros, tais como comportamento não ético, desviante ou contraprodutivo no local de trabalho (e.g., Moore et al., 2012; Christian & Ellis, 2014, Fida et al., 2018, respetivamente), agressão (e.g., Gini, Pozzoli & Hymel, 2014) ou comportamentos criminosos (Cardwell et al., 2015). Estes comportamentos, numa organização, podem implicar custos elevados e originar diversos problemas. Paralelamente, o efeito a longo prazo que esta disposição tem na vida do individuo, também tem sido alvo de estudo. O descomprometimento moral, tende a perturbar as interações sociais, o desenvolvimento cognitivo e social do individuo, e ainda, a estar associado a estados internos negativos como raiva, hostilidade e propensão para agressão (Osofsky, Bandura &

Zimbardo, 2005; Shen, Sun & Xin, 2019) ou até mesmo culpa (Kacmar, Carlson, Thompson & Zivnuska, 2019; Tillman, Kacmar, Steinbauer, & Whitman, 2017), o que aporta riscos para o bem-estar e saúde dos indivíduos (Candea & Szentagotai-Táta, 2018; Hennion et al., 2018; Kivimäki et al., 2003; Losada et al., 2018).

Tendo em conta este impacto negativo na vida e desenvolvimento dos indivíduos assim como os fatores negativos associados, o presente estudo procurou explorar os efeitos do descomprometimento moral e sugeriu que esta propensão influencia negativamente o bem-estar e saúde dos indivíduos. Perante este panorama e, tendo em conta que o estado de saúde tende a afetar a ocorrência do presentismo e que o estado de saúde pode ser influenciado pelo descomprometimento moral, este estudo teve como principal objetivo perceber se o presentismo e o descomprometimento moral estão relacionados, através da conexão que as duas variáveis têm com o estado de saúde.

Assim sendo, num estudo exploratório e deveras inovador, analisámos este lado mais negro do presentismo contribuindo para a compreensão do que o pode motivar. O objetivo foi perceber se o facto de as pessoas continuarem a ir trabalhar doentes, mesmo sabendo do dano que podem causar, está relacionado com uma disposição interna como o descomprometimento moral que permite aos indivíduos agir de forma errada (i.e., ir trabalhar estando doente), e não se sentirem culpados por tal, sendo que esta relação é mediada pela perceção que o indivíduo tem do seu estado de saúde. Para além disso, foi ainda explorado se variáveis sociodemográficas como o sexo podem moderar a relação entre o descomprometimento moral e o estado de saúde percebido. Em suma, o presente estudo investigou o efeito mediador do estado de saúde percebido na relação entre a propensão para o descomprometimento moral e o presentismo, bem como o efeito moderador da variável sexo na relação entre a propensão para o descomprometimento moral e o estado de saúde percebido, no efeito indireto previamente referido.

De seguida, é feito um enquadramento teórico que esclarece em maior detalhe os conceitos e construtos em análise assim como as principais teorias e investigações relativamente aos mesmos. Posteriormente, é descrita a metodologia usada no presente estudo, assim como os resultados encontrados no mesmo. Por fim, encontra-se um resumo das principais conclusões retiradas assim como a sua discussão à luz da teoria existente, onde são analisadas algumas limitações assim como as implicações teóricas e práticas que o presente estudo possa trazer.

CAPÍTULO I

Enquadramento Teórico

Presentismo

O que leva uma pessoa que tem uma doença aguda, crónica ou episódica ou que não se sente bem, a ir trabalhar quando tem toda a legitimidade para ficar em casa? Quais as consequências que este comportamento pode ter? Estas e outras questões têm levado, tanto académicos como organizações, a investigar cada vez mais este fenómeno que é o presentismo (Jonhs, 2011; Lohausa & Habermannb, 2019).

Como o presentismo e o absentismo podem ter as mesmas causas (i.e., doença ou mal-estar) e consequências (e.g., perdas de produtividade e redução de desempenho), no início, o presentismo era ofuscado ou até mesmo confundido com o absentismo e por isso pouco estudado (Jonhs, 2011; Lohausa & Habermannb, 2019). Contudo, enquanto o absentismo se caracteriza pela ausência física do colaborador no local de trabalho, quando estava programada a sua presença (Bierla et al., 2013; Johns, 2010; Schultz & Edington, 2007), o presentismo implica que o colaborador esteja fisicamente presente no trabalho, mas como está doente, as suas capacidades de funcionamento estão reduzidas, apresentando-se assim ausente psicologicamente do trabalho (Gilbreath & Karimi, 2012). Isto é, quando um indivíduo está doente ou se sente mal, não se encontra nas suas capacidades máximas, e por isso não possui as condições de saúde necessárias para desempenhar o seu trabalho de forma eficiente. Desta forma, se o indivíduo decide ir trabalhar (i.e., estar presente fisicamente no local de trabalho) nestas condições, não vai ser capaz de ser tão produtivo como se estivesse num estado normal – o que resulta numa ausência psicológica (Aronsson et al., 2000; Hemp, 2004; Johns, 2010; Johns, 2011). As condições de saúde variam entre problemas agudos e menores (e.g., gripe comum) a doenças crónicas e mais graves (e.g., diabetes, artrite), e podem ser, tanto psicológicas, como físicas (Aronsson et al., 2000; Johns, 2010; Miraglia & Johns, 2016).

Sendo este um fenómeno cada vez mais estudado, começou a notar-se a criação de duas abordagens ao presentismo, que apesar de terem focos diferentes, contribuem, cada uma à sua maneira, para que consigamos perceber este comportamento no seu todo, tendo assim uma perspetiva macro (Johns, 2010; Lohausa & Habermannb, 2019). Por um lado, temos uma abordagem mais norte-americana e económica que se foca no presentismo como uma fonte de perda de produtividade, onde a saúde é vista como um dos fatores com mais impacto na produtividade do colaborador. Neste caso, os investigadores focam-se mais em perceber quais as consequências do ato de ir trabalhar doente, e não tanto na compreensão das causas (e.g.,

Collins et al., 2005; Goetzel, Ozminkowski, & Long, 2009; Hemp, 2004; Zhang, Sun, Woodcock, & Anis, 2015).

Por outro lado, temos uma perspectiva que se foca na frequência do comportamento do presentismo e procura perceber que variáveis podem potenciar ou provocar essa frequência (Lohausa & Habermannb, 2019). Esta abordagem é mais típica dos países europeus e, segundo esta investigação, a decisão de ir trabalhar ou não quando doente, depende sempre de uma avaliação individual do estado de saúde por parte do colaborador (e.g., Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergström et al., 2009; Elstad & Vabo, 2008; Hansen & Andersen, 2009). Contudo, a decisão pode ser também impactada por fatores internos e externos (Johns, 2010). Diversos estudos apontam que fatores externos ou contextuais como o clima de insegurança no local de trabalho, pressão de tempo, falta de recursos no trabalho, dificuldade em ser promovido e cultura organizacional estão associados ao presentismo. No que diz respeito a fatores internos, a literatura aponta os problemas financeiros, medo de perder o trabalho, stress, traços de personalidade e valores morais, demasiado comprometimento, propensões individuais e falta de limites individuais, como as causas individuais mais comuns do presentismo (Aronsson et al., 2000; Bierla et al., 2013; Hemp, 2004; Johns, 2010).

Como referido anteriormente, este fenómeno tem suscitado muito interesse tanto académico como organizacional, muito por causa das consequências e impacto negativo que pode ter. A literatura aponta que, a longo prazo, o presentismo tende a criar insatisfação com o trabalho e stress acumulado, já para não falar que a ocorrência de presentismo por longos períodos de tempo, pode agravar problemas de saúde existentes ou até mesmo potenciar o desenvolvimento de doenças crónicas e de absentismo (Aronsson et al., 2000; Deery et al., 2014; Ferreira & Martinez, 2012; Huver, Richard, Vaneecloo, Delclite & Bierta, 2012). Para além disso, o impacto organizacional que este comportamento tem é significativo. Apesar de ser mais difícil de medir a sua influência comparativamente ao absentismo, vários autores referem que quem comete presentismo, tende a ter perdas significativas de produtividade e de desempenho, o que traz prejuízos e custos adicionais às empresas, mais do que o absentismo (Hemp, 2004). Ainda, o facto de se ir trabalhar doente pode prejudicar o trabalho dos colegas, criando stress, e ainda potenciar a dispersão de germes, deixando os colegas doentes (Hemp, 2004; Leineweber et al., 2011).

Assim sendo, tendo em conta que o presentismo se apresenta como um problema organizacional que tem vindo a crescer e que os colaboradores continuam a adotar (Deery et al., 2014), o presente estudo pretende, num estudo exploratório, dar continuidade à investigação que procura compreender o que motiva este comportamento e que outros fatores poderão estar

relacionados. Mais detalhadamente, fatores internos como a percepção do estado de saúde, propensões individuais e variáveis sociodemográficas. De seguida, será feita uma revisão de literatura sobre o presentismo e o estado de saúde percebido, de forma a percebermos como as duas variáveis podem estar relacionadas.

Presentismo e estado de saúde percebido. Tal como já foi referido, o estado de saúde é um fator determinante do presentismo (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010; Johns, 2011; Miraglia & Johns, 2016), mais do que do absentismo (Johns, 2010). Para além de ser um dos preditores de baixa de produtividade e desempenho organizacional, pois as capacidades dos indivíduos são reduzidas quando estão doentes ou não se sentem bem (Schultz & Edington, 2007), a literatura demonstra que uma pessoa doente ou com um estado de saúde mais debilitado tem maior probabilidade de ir trabalhar mesmo estando doente (Johns, 2010). Mas mais do que isso, sendo o presentismo o ato de ir trabalhar mesmo estando doente, tal implica que para existir presentismo o indivíduo tenha que estar doente, ou não se sentir bem a nível, físico, mental ou social (Miraglia & Johns, 2016). Ou seja, o estado de saúde é um fator indissociável do presentismo pois parte da definição deste construto – ir trabalhar não estando nas suas plenas capacidades devido a problemas de saúde ou outras condições médicas (Aronsson et al., 2000; Hemp, 2004; Johns, 2010). Por fim, como o presentismo reflete o estado de saúde, é já considerado uma forma de medir o estado de saúde da força laboral, atualmente (Sanderson & Cocker, 2013).

Algumas das condições médicas mais associadas a um alto presentismo são dores de cabeça ou enxaquecas, alergias, problemas nasais, asma, dermatite (Martinez & Ferreira, 2011) assim como dores músculo-esqueléticas (Pohling, Buruck, Jungbauer & Leiter, 2016), diabetes (Breton et al., 2013), problemas cardiovasculares (Gordois et al., 2016), problemas de respiração, gripe ou constipação (Lowe, 2004). A nível mais psicológico destaca-se a depressão e a ansiedade (Koopman et al., 2002).

Por fim, segundo o modelo dinâmico de Johns (2010) uma doença – tendo em conta a sua natureza e gravidade – coloca o indivíduo na posição de escolher entre trabalhar ou não. Este modelo veio conjugar as duas linhas de investigação existentes sobre o presentismo ao explorar a dinâmica entre as causas, a tomada de decisão e as consequências tanto do presentismo como do absentismo. Segundo o autor, a ocorrência de um evento de doença ou mal-estar é o que despoleta a tomada de decisão, sendo que a autoavaliação da gravidade e natureza da doença, em termos de ocorrência e cronicidade, (i.e., aguda como a gripe, crónica como os diabetes ou episódica como as enxaquecas) tem um papel decisivo nessa decisão. A literatura tem focado mais o impacto das doenças crónicas e episódicas, onde os casos menos graves ou doenças

benignas, isto é, doenças que não obrigam, necessariamente, as pessoas a ficar em casa, tendem a causar um maior presentismo (Hemp, 2004). Existem ainda doenças e estados de saúde que são considerados como mais ou menos legítimos (i.e., têm pouca importância ou não são vistas como doenças, de todo) para justificar uma falta ao trabalho, sendo que as que são menos legítimas levam a maior presentismo (Miraglia & Johns, 2016). Por exemplo, a depressão e outros problemas psicológicos são condições de saúde que, segundo Corrigan (2005), são alvo de grande estigma, e por isso podem ser considerados como razões pouco legítimas para faltar ao trabalho (Miraglia & Johns, 2016), ou então, são problemas cujas consequências são muitas vezes subestimadas (Johns & Xie, 1998).

Neste sentido, a literatura permite-nos perceber um estado de saúde geral debilitado é o denominador comum que tende a aumentar a probabilidade de ocorrência de presentismo. Ainda, os estudos referem que a saúde e doença são dois pontos opostos num continuum, e em casos de condições de saúde menos graves, a decisão de ir trabalhar ou não depende da avaliação subjetiva dos indivíduos relativamente à posição em que se encontram nesse continuum – isto é, a sua percepção do seu estado de saúde e da sua capacidade de reverter a situação ou mitigar os sintomas (Lohausa & Habermannb, 2019). Tal demonstra que a percepção individual do estado de saúde geral é um fator crucial na decisão de ir trabalhar quando doente (Gerich, 2015; Johns, 2010), sendo que quanto mais negativa a percepção do estado de saúde geral, maior a tendência para a ocorrência de presentismo.

Descomprometimento Moral

Num mundo onde quase todos os dias se ouvem notícias sobre a morte de milhares de pessoas devido à guerra e ataques terroristas, ou de empresas que perdem milhões devido a comportamento fraudulento, torna-se cada vez mais premente perceber porque é que os indivíduos têm este tipo de comportamentos, comportamentos esses que aportam um custo quase imensurável para as organizações e para a sociedade (Kacmara, Carlsonb, Thompsonc & Zivnuskad, 2019; Moore et al., 2012). Segundo a *Association of Certified Fraud Examiners* (2018), apenas em 2018 foram reportados 2690 casos de fraude, em 125 países, sendo que no total estima-se perdas superiores a sete bilhões de dólares. Apesar de muitas vezes este tipo notícias não ser amplamente divulgada, a verdade é que acontece, principalmente no mundo organizacional. Por isso mesmo, o interesse no comportamento não ético, especialmente a nível organizacional tem vindo a aumentar (Johnson & Buckley, 2015).

Vários estudos já identificaram fatores contextuais que afetam este comportamento, como a liderança ética (Brown & Trevino, 2006; Cordeiro, 2018) ou o clima ético (Cullen, Victor & Stephens, 2001; Mayer, Kuenzi, & Greenbaum, 2009). Contudo, variáveis contextuais não são

o suficiente para justificar estes comportamentos, por isso, os investigadores começaram a analisar variáveis individuais. A literatura demonstra que características como a identidade moral (Aquino & Reed, 2002), o maquiavelismo (Moore et al., 2012), ou o desenvolvimento cognitivo moral (Trevino & Weaver 2003) influenciam o comportamento não-ético.

É nesta linha de investigação que a literatura sobre o descomprometimento moral surge: como um preditor adicional do comportamento não ético, comportamento que é errado, que vai contra as regras e/ou causa dano direto a terceiros (Aquino & Reed, 2002, Moore et al., 2012).

O descomprometimento moral surgiu originalmente na teoria sociocognitiva do *self* moral de Bandura (1986). O autor, na sua teoria, defende que a regulação da conduta humana vai muito além do raciocínio moral e das cognições sobre moralidade. Assim sendo, apesar da nossa conduta moral ser guiada pelas cognições morais que temos (i.e., o que concebemos como certo e errado), esse processo é regulado por mecanismos afetivos de autorregulação que atuam como reguladores motivacionais. Ou seja, quando os indivíduos desenvolvem o *self* moral, adotam padrões do que é certo e do que é errado que, tal como referido, ajudam a guiar o seu comportamento (i.e., cognições da moralidade), mas isso não é suficiente para definir como o indivíduo se vai comportar.

Durante o processo de autorregulação do comportamento, as pessoas avaliam a sua conduta tendo em conta os seus princípios e as circunstâncias em que a conduta ocorre, todavia, a forma como a pessoa se comporta vai depender das consequências que o comportamento tem para a própria pessoa. Estas consequências variam consoante o alinhamento entre o comportamento e os padrões internos sobre o que é certo e errado. Ou seja, quando o comportamento não está de acordo com esses padrões, as consequências são negativas devido às autossanções que a pessoa aplica a si mesma por se comportar dessa forma. Quando o oposto acontece, as consequências são positivas, pois a pessoa aplica autossanções positivas a si mesma (Bandura, 1999; 2002; 2016).

Como os indivíduos tendem a fazer coisas que lhes dão prazer e um senso de valor próprio, optam por evitar tudo o que lhes possa trazer sentimentos negativos. Comportar-se de forma a violar os seus princípios sobre o que é certo ou errado implica consequências negativas como autocondenação, culpa e perda do respeito próprio, por isso os indivíduos evitam comportar-se de forma amoral. Assim sendo, o nosso sistema de autorregulação concebe mecanismos afetivos de autorregulação definidos pela aplicação de autossanções negativas que restringem a adoção de comportamentos que violam os princípios internos, assim como de autossanções positivas que reforçam os comportamentos que vão de acordo aos princípios éticos. Isto significa que, mesmo perante incentivos oferecidos pelas circunstâncias que

instiguem a comportamentos que violam os princípios éticos do indivíduo, este pode escolher a não se comportar dessa forma, devido a mecanismos afetivos de autorregulação, como as autossanções negativas (Bandura, 1999; 2002; 2016).

Contudo existem muitas situações em que as pessoas atuam contra os seus próprios valores e princípios sobre o que é certo e errado e não se sentem mal com isso. Como é que isso é possível? Para uma melhor explicação, usemos o seguinte exemplo, baseado em Moore (2015). Imaginemos que um homem, o Mário, que acredita que roubar é errado, mas ele está a pensar em levar um pão do supermercado sem pagar por ele, e está a arranjar formas de justificar o seu comportamento: (a) levar o pão não é algo grave com efeitos catastróficos; (b) acreditar que outras pessoas também levam outras coisas assim pequenas, como bolos e fruta, por isso não faz mal ele também levar; (c) crer que levar o pão não é nada comparado com por exemplo, matar pessoas; (d) relembra que já viu colaboradores do supermercado a levarem artigos sem pagar, por isso se eles podem levar, o Mário também; (e) ele pode até levar o pão sem pagar, mas sabe que o pão não se vende todo num dia, e que ao final do dia, o que sobrar vai para o lixo, isso levar o pão é uma forma de evitar desperdício de comida, e isso é mais importante do que pagar o pão; (f) argumentar que roubar pão não é punível por lei, pois o pão é considerado um bem de primeira necessidade, por isso, levá-lo sem pagar não é um roubo mas a sua forma de usufruir do seu direito de ter acesso a alimentos de primeira necessidade; (g) achar que o supermercado é de uma grande multinacional que não se preocupa com o desperdício e ganha bilhões todos os anos, por isso não vão dar falta de um pão; (h) ou pode ainda defender que o supermercado merece que ele leve o pão sem pagar porque cobram demasiado por um pão. No final, o Mário acabou por levar o pão sem pagar e não se sente mal por isso.

Como podemos observar, o Mário tinha padrões morais, mas mesmo assim agiu contra os mesmos, em prol dos seus interesses. Isto aconteceu porque o Mário retirou a moralidade do seu comportamento, isto é, transformou a sua ação num comportamento que não precisou da intervenção de mecanismos de autorregulação, desativando assim as autossanções morais (Bandura, 2016). Para isso, usou mecanismos que lhe permitiram justificar o comportamento, e assim desconectá-lo da sua autorregulação moral. Bandura (1999; 2002; 2016) intitula este processo cognitivo de descomprometimento moral.

Segundo o autor, os mecanismos afetivos de autorregulação (i.e., autossanções morais) apenas atuam se forem ativados. E os indivíduos podem escolher ativá-los ou não, sendo que ao usarem outros mecanismos cognitivos que impedem a ativação das autossanções, estão a descomprometer-se moralmente. Isto permite que pessoas com elevados padrões morais ajam

contra esses mesmos padrões, sem se sentirem mal com isso, assim como permite que duas pessoas com os mesmos padrões morais tenham diferentes tipos de condutas.

Através do exemplo anterior é possível validar a existência de oito tipos de mecanismos que podemos usar justificar o nosso comportamento e assim desativar as autossanções. Cada um desses mecanismos atua em quatro fases distintas do processo de autorregulação (Bandura, 1999; 2002; 2016)

A primeira fase corresponde à altura em que nos focamos no comportamento (i.e., *behavior locus*), sendo que quando nos descomprometemos moralmente, podemos optar por usar: (a) justificação moral, ou seja, santificar os nossos comportamentos pouco corretos afirmando que estes são em nome de uma boa causa (e.g., afirmar que levar o pão é uma forma de evitar o desperdício de comida, visto que existiam grandes probabilidades de no final do dia o pão ser enviado para o lixo, porque não se vendeu); (b) linguagem eufemística, ou seja, usar linguagem mais inocente e neutra que permite vendar o quão errado o comportamento é e remover a sua humanidade (e.g., levar o pão sem pagar não é roubo mas sim uma forma de exercer o seu direito de ter acesso a bens de primeira necessidade); (c) comparação vantajosa, ou seja, comparar o ato em questão com outros muito piores e inumanos, de forma a tornar o ato que o indivíduo quer fazer em algo benigno (e.g., afirmar que levar o pão sem pagar não é nada comparado com o ato de matar pessoas). Estes mecanismos permitem que seja ativada a moralidade na missão e objetivo do comportamento, mas não na sua execução (Bandura, 1999; 2002; 2016).

A segunda fase coloca o foco no agente (i.e., *agency locus*), sendo que quando nos descomprometemos moralmente podemos usar a (a) deslocação de responsabilidade, isto é, alocar a responsabilidade do ato a outra pessoa, normalmente uma autoridade (e.g., atribuir a responsabilidade aos colaboradores, que deveriam ser as pessoas que mais respeitavam as regras do supermercado, e também levavam artigos sem pagar); ou a (b) difusão de responsabilidade, ou seja, dispersar a responsabilidade por tantas pessoas de forma a que, no fundo, ninguém tenha culpa (e.g., acreditar que muita gente faz o mesmo, por isso na verdade, como todos fazem não é visto como imoral). Estes mecanismos possibilitam que os indivíduos se sintam absolvidos da culpa dos seus atos (Bandura, 1999; 2002; 2016).

A terceira fase foca-se no resultado dos atos (i.e., *outcome locus*), sendo que para desativar os mecanismos de autorregulação, os indivíduos distorcem, minimizam, ou descartam as consequências de forma a que não tenham que lidar com as mesmas, visto que elas estão veladas e o seu efeito é nulo (e.g., afirmar que roubar o pão não vai causar um efeito catastrófico) (Bandura, 1999; 2002; 2016). A última fase salienta a vítima (i.e., *victim locus*), e

para nos descomprometermos moralmente temos que usar: (a) a desumanização, ou seja, a vítima não é vista como humana, sendo que, por vezes, podem até ser atribuídas características animais à mesma (e.g., afirmar que a empresa do supermercado é desumana e não quer saber da comida que desperdiça); ou (b) a atribuição de culpa à vítima, onde o indivíduo culpa a vítima pelo o que lhe está a acontecer, tornando-se ele a vítima que tem que fazer algo que vai contra os seus valores morais porque outro o obriga (e.g., afirmar que o supermercado merece que ele leve o pão pois cobram demasiado por um artigo que é de primeira necessidade). Estes mecanismos anulam o efeito regulatório das autossanções sobre os atos que as pessoas sabem ser incorretos (Bandura, 1999; 2002; 2016).

Nesta investigação e indo de encontro à maioria do trabalho de Bandura assim como de outros autores (e.g., Kacmara et al., 2019; Moore, 2015; Moore et al., 2012), cada indivíduo varia sistematicamente na sua tendência ou propensão para usar mecanismos de descomprometimento moral quando se vê frente a decisões que desafiam o que as pessoas sabem ser correto e errado. Ou seja, o descomprometimento moral define-se como uma diferença individual na forma como os indivíduos processam, a nível cognitivo, decisões e comportamentos desta natureza, e que proporciona a oportunidade para que as pessoas que têm uma tendência para se descomprometerem moralmente, se comportem de forma que vai contra os seus padrões de certo e errado, sem se sentirem mal com a sua conduta (Moore et al., 2012).

Deste modo, e tal como como suprarreferido, a propensão para o descomprometimento moral tem sido correlacionada e estudada como preditor de determinados comportamentos menos corretos e pouco éticos como corrupção (Buttram & Dukerich, 2001), *bullying* (Obermann, 2013), violência e agressão (Paciello, Fida, Tramontano, Lupinetti & Caprara, 2008), comportamento criminoso (Cardwell et al., 2015). Estes efeitos têm sido estudados em diversos contextos como o desenvolvimento da criança e adolescente (e.g., Caravita, Sijtsema, Rambaran & Gini, 2014), criminologia (e.g., DeLisi et al., 2014), psicologia militar e política (e.g., Bandura, 1990; McAlister, Bandura & Owen, 2006), psicologia do desporto (e.g., Stanger, Kavussanu, Boardley & Ring, 2012), e mais recentemente no comportamento organizacional (e.g., Fida et al., 2018; Johnson & Buckley, 2015; Kacmar et al., 2019). Ou seja, é um fenómeno que ocorre em diversos contextos e pode ser muito abrangente quando ao comportamento que influencia.

Para além disso, a literatura também se tem focado em perceber de que forma esta propensão afeta a vida dos indivíduos. É sugerido que a propensão para o descomprometimento moral tem um grande impacto a nível do desenvolvimento cognitivo e social dos indivíduos (Shen et al., 2019) e sido correlacionada com alguns estados internos negativos como aumento

da capacidade de desumanizar os outros, maior probabilidade de agir com violência (McAlister et al., 2006; Moore, 2015), de sentir raiva e expressar hostilidade (Shen et al., 2019). Por isso mesmo, de seguida, será examinada em maior profundidade a possível conexão entre o descomprometimento moral e certos estados internos, nomeadamente o estado de saúde e a perceção individual do mesmo.

Descomprometimento moral e estado de saúde percebido. A Organização Mundial de Saúde (OMS; 2010), define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou condição médica”. Quando existe uma alteração no sistema fisiológico e/ ou com sintomas psicossomáticos ou um distúrbio a nível psicológico, causando um desequilíbrio, surge um mal-estar ou até mesmo uma doença/condição médica.

Esta alteração ou distúrbio pode ser provocada por inúmeros fatores tanto externos como internos, e assim afetar negativamente o bem-estar físico, mental e/ou social. As bactérias e vírus são exemplos simples de fatores externos que causam mal-estar e doenças como febre, infeção, etc. Outros exemplos de fatores externos são as condições de trabalho. Estas podem causar uma grande perturbação ao nível do mal-estar do indivíduo, tal como *burnout*. Apesar de não ser uma condição médica, tem um grande impacto negativo na saúde dos indivíduos (Lee & Eissenstat, 2019; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Recentemente a OMS (https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/), durante a 11^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), declarou o *burnout* como um fenómeno ligado ao trabalho, caracterizado como uma síndrome resultante do stress crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso. Vários estudos (e.g., Choi, Cheong, & Feinberg, 2012; Llorens, Bakker, Schaufeli & Salanova, 2006) demonstram que, segundo o modelo das exigências e recursos do trabalho, o *burnout*, é provocado por fatores externos tanto ligados às altas exigências do trabalho (e.g., pressão de trabalho/tempo, exigências psicológicas de trabalho, conflito trabalho-família) como à escassez dos recursos disponíveis (e.g., pouca autonomia, papel pouco claro).

No que diz respeito a fatores internos, a literatura sugere que certos estados internos psicológicos como emoções, traços de personalidade ou propensões podem provocar uma alteração e desequilíbrio no sistema do indivíduo e assim levar à doença ou perceção de mal-estar (Moore, 2015). Por exemplo, vários estudos apontam que a experiência e a expressão da raiva podem ser um preditor de certos tipos de saúde física, como doenças cardíacas crónicas (Begley, 1994); hipertensão (Swaffer & Hollin, 2001); aterosclerose carotídea e coronária (Everson, 1997). Ainda, Kivimäki e colaboradores (2003) defendem que a hostilidade está

associada ao aumento do risco de problemas de saúde, assim como uma percepção negativa da saúde.

Tendo em conta que a percepção do estado de saúde é uma medida subjetiva à experiência individual (Johns, 2010), esta é influenciada não só pela ocorrência de eventos de doença, mas pelos estados internos do indivíduo, características individuais e fatores externos (Bryant, Beck & Fairclough, 2000; Markides e Lee, 1991; Schneider et al., 2004). Apesar de a literatura ainda não ter abordado a relação entre a propensão para o descomprometimento moral e a percepção de saúde e bem-estar de forma direta, a verdade é que esta propensão aporta desvantagens para o indivíduo, apesar do aparente bem-estar que garante ou do mal-estar e autorrecriminação que impede a nível interno. Segundo Shen, Sun e Xin (2019), o descomprometimento moral atua diariamente durante as interações e envolvimento em comportamentos sociais dos indivíduos, enfraquece gradualmente o seu autocontrole e reduz a sua consciência ao longo do tempo, o que tem um impacto negativo tanto no desenvolvimento pessoal como social dos indivíduos.

Esta propensão para o descomprometimento moral é um forte preditor ou está associado positivamente a uma serie de comportamentos negativos, tais como comportamentos criminosos (Cardwell et al., 2015), agressão e bullying (e.g., Gini et al., 2014; Obermann, 2013), má conduta no trabalho (e.g., Duffy, Scott, Shaw, Tepper & Aquino, 2012; Moore et al., 2012; Barsky, 2011), e comportamento não ético no geral (e.g., Detert, Treviño & Sweitzer, 2008). Ainda, vários autores defendem que esta propensão está ainda correlacionada positivamente com diversos estados psicológicos/cognitivos ou emoções negativas, como o aumento da capacidade de agir de forma violenta e agressiva (Osofsky et al., 2005), raiva (i.e., componente emocional da agressão) e hostilidade (i.e., componente cognitiva da agressão) (Shen et al., 2019). E como suprarreferido, estes estados internos negativos estão associados a problemas de saúde física e mal-estar, sendo que no caso de comportamentos criminosos e agressão ainda existe um risco de segurança (Gini et al., 2014). Por fim, estudos recentes ainda sugerem que o descomprometimento moral pode estar relacionado positivamente com um desconforto emocional e cognitivo, pois pode não desativar por completo as autossanções que regulam o nosso comportamento. Numa reflexão após o uso dos mecanismos de descomprometimento moral, pode existir um desconforto (Kacmar et al., 2019; Tillman et al., 2017) representado por sentimentos de culpa, autorrecriminação e um estado “ruminante”, onde os indivíduos ficam a “remoer” sobre o comportamento que não deveriam ter feito (Candea & Szentagotai-Tăta, 2018; Faiver, O’Brien & Ingersoll, 1997; Hennion et al., 2018). Este tipo de estados e emoções tendem a estar associadas a problemas de saúde, nomeadamente de foro

psicológico, como stress, distúrbios de ansiedade ou depressão (Candea & Szentagotai-Tăta, 2018; Hennion et al., 2018; Losada et al., 2018).

Ou seja, a literatura permite-nos perceber que a propensão para se descomprometer moralmente pode ter um impacto negativo na vida dos indivíduos e está correlacionado com diversos estados e emoções igualmente negativas, e isso pode aportar diversos riscos e até influenciar o bem-estar e saúde dos indivíduos, assim como a percepção dos mesmos (Shen et al., 2019). Assim sendo, tendo em conta os efeitos negativos que o descomprometimento moral tem na vida das pessoas e os fatores negativos associados ao mesmo, assim como a tendência para a percepção do estado de saúde estar correlacionada com características psicológicas negativas (Bryant et al., 2000; Schneider et al., 2004), podemos sugerir que o descomprometimento moral pode causar um desequilíbrio e agir como um *stressor* interno que debilita a saúde e bem-estar dos indivíduos, assim como percepção dos mesmos sobre o seu estado de saúde geral.

O Efeito Mediador do Estado de Saúde Percebido

Durante muitos anos o absentismo – fenómeno de não comparecer no trabalho quando estava programado para tal – foi um dos maiores focos da investigação no âmbito do comportamento organizacional, devido ao seu impacto negativo na produtividade e performance organizacional e elevados custos para as empresas (Bierla et al., 2013; Johns, 2010; Schultz & Edington, 2007). Deste modo o presentismo era visto como a solução ideal para combater o absentismo, porque se as pessoas estavam doentes e iam trabalhar, significava que não faltavam ao trabalho. E durante muitas gerações que se acreditou que os trabalhadores eram produtivos quando estavam fisicamente no trabalho (Martinez & Ferreira, 2012). Inclusive o presentismo era visto como um indicador positivo do compromisso dos colaboradores ou até mesmo como um indicador de cidadania organizacional (Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufelli & Hox, 2009; Johns, 2010).

Contudo, começou-se a perceber, e de forma cada vez mais consciente, que estar no trabalho e ir trabalhar não são condições suficientes para se ser produtivo (Bergström et al., 2009; Schultz & Edington, 2007). Ou seja, começou a ser notório que estar doente e ir trabalhar leva sempre a uma redução na produtividade (Martinez & Ferreira, 2012; Shamansky, 2002), tanto na qualidade como na quantidade de trabalho (Hemp, 2004), o que acaba por se refletir sempre no desempenho organizacional. Para além disso, percebeu-se que o presentismo pode afetar ainda o bem-estar e saúde do indivíduo, assim como a dos seus colegas. Desta forma, este comportamento deixou de ser visto como um fenómeno positivo que evitava o absentismo,

e começou a ser encarado como um problema organizacional cada vez mais proeminente e preocupante (Deery et al., 2014; Hemp, 2004; Johns, 2010).

A literatura tem procurado assim perceber o impacto que o presentismo pode ter, tanto para o próprio indivíduo, como para terceiros (i.e., colegas, clientes) e a organização onde este trabalha. No que respeita ao indivíduo, a literatura demonstra que o presentismo pode, a longo-prazo, agravar as condições de saúde já existentes pois não permite que o corpo ou a mente tenham o descanso necessário para recuperar (Bergström et al., 2009; Ferreira & Martinez, 2012; Hemp, 2004; Johns, 2010) e ainda criar insatisfação com o trabalho devido a sentimentos de ineficácia (Deery et al., 2014; Huver et al., 2012). Ir trabalhar doente, pode trazer consequências, não só para o indivíduo, mas também para os próprios colegas de trabalho e clientes, através de um maior risco de contágio – no caso de doenças contagiosas –, stress ou mesmo acidentes (Hemp, 2004; Leineweber et al., 2011). Ainda, em caso de profissões que têm um impacto direto na vida de terceiros, como o caso dos profissionais de saúde, ir trabalhar doente e incapaz de cumprir as suas funções adequadamente aumenta a ocorrência de erros médicos, podendo colocar a vida de outros em risco, e ainda reduzir a empatia para com os pacientes (Aronsson et al., 2000; Martinez & Ferreira, 2011; Sendén, Schenck-Gustafsson & Fridner, 2016). Quanto à organização, já foi referido o impacto direto a nível da produtividade e desempenho individual que se reflete no desempenho organizacional e custos adicionais com de quebras de produção, erros humanos, falhas de atenção e nos requisitos de qualidade (Brown & Sessions, 2004; Johns, 2010; Sendén et al., 2016). Para além disso, alguns estudos ainda demonstram que trabalhar doente aumenta o número de acidentes e, ao agravar a doença existente, pode prolongar a duração da mesma e provocar absentismo, o que resulta em custos adicionais à organização relacionados com cuidados de saúde (Evans-Lacko e Knapp, 2016; Hemp, 2004; Johns, 2010). Ainda, apesar de ser mais difícil de medir os custos e prejuízos associados ao presentismo, comparativamente ao absentismo, segundo os estudos mais recentes, o presentismo pode ser muito mais dispendioso para as empresas (Evans-Lacko e Knapp, 2016), e causa maiores quebras na performance e produtividade comparativamente com o absentismo (Hemp, 2004; Johns, 2010, Lohausa & Habermannb, 2019). Por fim, começou-se a perceber que encontrar estratégias para combater o presentismo, poderia trazer diversas vantagens competitivas para as organizações (Hemp, 2004).

Devido a esta crescente preocupação, as organizações têm tentado implementar estratégias que promovam a saúde dos trabalhadores, para que estes não fiquem doentes, e no caso de ficarem doentes preferem que estes fiquem em casa a recuperar para evitar epidemias ou custos adicionais à empresa (Aronsson et al., 2000). Para além disso, a Organização Mundial

de Saúde (OMS; 2010) afirma que todas as organizações devem fornecer um ambiente de trabalho seguro, que promove a saúde e bem-estar dos colaboradores, sendo que ir trabalhar doente não é a definição de um trabalho que promove a saúde e bem-estar. Até mesmo as leis já preveem e tentam prevenir esta situação. Por exemplo, o Código do Trabalho em Portugal declara que é considerada uma falta justificada e que o trabalhador não pode ser penalizado por isso (exceto no caso da retribuição) se este faltar por motivo de doença e apresente justificativo médico, ou seja, é um direito do trabalhador faltar por doença, desde que apresente justificação (Subsecção XI: Artigos 249 e 255; <http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/legislacao/CT20032018.pdf#page=99>).

Tendo em conta este enquadramento, é possível perceber que presentismo é um problema importante no mundo organizacional e é cada vez mais estudado. Kacmara, Carlsonb, Thompsonc e Zivnuskad (2019) e Moore Detert, Treviño, Baker e Mayer (2012) definem o comportamento não ético, desviante ou incorreto no local de trabalho como o ato voluntário de qualquer colaborador de quebrar as regras institucionais, prejudicar o bem-estar da organização, causar dano a outros indivíduos ou violar regras moralmente aceites como universais na sociedade. O presentismo é um comportamento que prejudica diretamente a organização e os indivíduos que lá trabalham, mais do que o próprio absentismo. Este impacto é cada vez mais reconhecido e consciencializado, e por isso o presentismo é, atualmente, considerado um comportamento indesejável, errado e que deve ser evitado (Hemp, 2004; Johns, 2010, Lohausa & Habermannb, 2019). Contudo, se assim é porque é que as pessoas continuam a ir trabalhar doentes quando sabem que isso é errado, que se podem prejudicar a longo prazo, que vão prejudicar a empresa e os colegas? O que as leva a ir contra o que sabem ser o mais correto?

Tal como suprarreferido, a propensão para o descomprometimento moral permite que através do uso de certos mecanismos, os indivíduos consigam agir de forma contrária àquilo que consideram correto (Bandura, 2016). Ou seja, através dos mecanismos do descomprometimento moral, as pessoas conseguem legitimar um comportamento que sabem ser errado e que vai contra as regras, desativando assim as autossanções que deveriam regular tal comportamento (Bandura, 1999; 2002; 2016). Adicionalmente, vários estudos já demonstraram a influência que a propensão para o descomprometimento moral pode ter em comportamentos organizacionais pouco corretos, não éticos ou desviantes (Fida et al., 2018; Johnson & Buckley, 2015; Kacmar et al., 2019; Moore et el., 2012) e que não se limita apenas a comportamentos e situações éticas pois atua no dia-a-dia do individuo e impacta todas as suas decisões, estados internos e interações sociais, o que pode influenciar um grande espectro de comportamentos (Shen et al., 2019).

Vasta é a literatura que demonstra que o presentismo está relacionado com o medo de perder o emprego, de não ser promovido, de ficar com muito trabalho acumulado, de prejudicar a sua relação com supervisores e colegas ou de ser lesado a nível salarial se faltar (Aronsson et al., 2000; Bierla et al., 2012; Johns, 2010; Martinez & Ferreira, 2011). Desta forma, é possível que a propensão para o descomprometimento moral influencie a escolha dos colaboradores e permita que estes vão trabalhar doentes para proteger os seus interesses, mesmo que isso cause danos a terceiros e ao próprio, violando assim os valores internos sobre o que é certo e errado. Ou seja, os mecanismos do descomprometimento moral legitimam o comportamento errado (i.e., presentismo), o que desativa as autossanções e permite que os colaboradores consigam comportar-se de tal forma e viver com essa conduta. Isto sugere que uma propensão para o descomprometimento moral e o presentismo podem estar relacionados. Usando o exemplo descrito anteriormente, o Mário pode considerar que ir trabalhar doente é errado pois sabe do dano que causa, contudo tenta legitimar o seu comportamento afirmando, por exemplo, que ir trabalhar doente não causa assim tantos custos à empresa, porque é só uma pessoa doente (distorção das consequências), que não é nada comparado com roubar dinheiro da empresa (comparação vantajosa), ou ainda, que já viu os seus supervisores a fazê-lo, por isso não há razão para ele não o fazer (deslocação de responsabilidade). Desta forma, o presente estudo procura, de forma exploratória, testar se estes dois fenómenos – descomprometimento moral e presentismo – estão relacionados.

H1: A propensão para o descomprometimento moral está relacionada positivamente com a ocorrência do presentismo.

Apesar de, até à data, a literatura não tenha associado estes dois fenómenos, já foi suprarreferido que, devido aos fatores negativos a que está associado e ao impacto negativo que tem na vida do indivíduo e no seu desenvolvimento, o descomprometimento moral pode perturbar o bem-estar dos indivíduos, principalmente psicológico e social, o que tende a impactar o estado de saúde geral e a perceção que os indivíduos têm do mesmo (Moore, 2015; Shen et al., 2019). Para além disso, ainda verificamos que o estado de saúde é um fator indissociável do presentismo e que a perceção de um estado de saúde mais debilitado tende a promover a ocorrência de presentismo (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010; Johns, 2011; Miraglia & Johns, 2016). Tendo em conta este enquadramento teórico, é possível inferir uma relação entre o descomprometimento moral e o presentismo, sendo que essa relação é mediada através da perceção que o indivíduo tem do seu estado de saúde, ou seja, a propensão para o descomprometimento moral está relacionada com a ocorrência de presentismo, através da mediação do estado de saúde percebido pelo indivíduo. Desta forma, seguindo assim, uma

nova abordagem para explicar o presentismo e ingressando numa via exploratória e inovadora, esta investigação procurou testar este efeito.

H2: A percepção do estado de saúde geral medeia a relação entre a propensão para o descomprometimento moral e a ocorrência de presentismo.

Efeito Moderador da Variável Sexo

O estado de saúde percebido é considerado uma variável muito útil pois permite uma avaliação global do estado de saúde e fornece um resumo das percepções individuais dos vários aspetos objetivos e subjetivos da saúde (Alarcão et al., 2018).

A literatura tem demonstrado que a percepção do estado de saúde está correlacionada com diversas características psicológicas (e.g., senso de funcionalidade, depressão) (Barsky, Cleary & Klerman, 1992; Bryant et al., 2000; Schneider et al., 2004), assim como fatores socioeconómicos (Markides & Lee, 1991). Para além disso, esta percepção é algo individual e varia de indivíduo para indivíduo. Assim, é de esperar que variáveis sociodemográficas, tais como o sexo ou a idade, impactem esta percepção (Alarcão et al., 2018). Neste sentido, vários estudos têm tentado perceber se existem diferenças de sexo no que diz respeito à percepção do estado de saúde e os fatores que podem contribuir para tal (Alarcão et al., 2018; Patrão, Alves & Neiva, 2017). Apesar de não haver muito consenso quanto a estas diferenças, a literatura é consistente ao afirmar que o sexo feminino e o masculino diferem na sua autoavaliação do estado de saúde, sendo que de um modo geral, vários estudos têm demonstrado que existe uma maior tendência por parte do sexo feminino para reportarem uma percepção mais negativa do seu estado de saúde, ao longo da vida, em comparação com os homens (e.g., Bora & Saikia, 2015; Patrão et al., 2017; Rueda & Artazcoz, 2009; Singh, Arokiasamy, Singh & Rai, 2013). Apesar de as mulheres viverem durante mais tempo que os homens, a verdade é que têm propensão a fazer uma avaliação mais pessimista do seu estado de saúde (Bora & Saikia, 2015; Patrão et al., 2017).

Diferentes estudos defendem que isto ocorre porque a saúde das mulheres tende a ser mais influenciada por fatores psicológicos e emocionais como características psicológicas, emoções e estados internos, e por essa razão as mulheres são mais propensas a sofrerem de condições médicas incapacitantes, não mortais e de foro mais psico-emocional, tais como depressão e condições médicas crónicas, comparativamente aos homens (Pino-Domínguez et al., 2016). Este tipo de condições tende a estar associado a uma visão mais negativa e depressiva da vida, assim como a uma percepção mais negativa do estado de saúde (Pino-Domínguez et al., 2016). Esta linha de investigação permite sugerir que uma propensão individual como o descomprometimento moral pode ter um maior peso na saúde dos indivíduos do sexo feminino.

Tal como referido anteriormente, o descomprometimento moral é uma propensão individual e psicológica que tende a estar correlacionada com comportamentos, estados psicológicos e sentimentos negativos (Moore, 2015). Um exemplo disso, é o sentimento de culpa, autorrecriação ou um estado de “ruminação” sobre os comportamentos que não deveria ter feito, que têm impacto a nível da saúde e bem-estar dos indivíduos, nomeadamente psicológico (Candea & Szentagotai-Tăta, 2018). Estes sentimentos implicam uma maior autoconsciência e autorregulação comportamental e segundo a literatura estas características tendem a estar mais correlacionadas com o estereótipo do sexo feminino. De acordo com o estereótipo do sexo feminino, este tende a refletir mais sobre as consequências do seu comportamento e a autorregular o mesmo através de autossanções como a culpa, e por isso é mais propenso, do que o sexo masculino, a este tipo de emoções auto-conscientes quando se comporta de forma incorreta (Else-quest, Higgins, Allison & Morton, 2012). Para além disso, o descomprometimento moral, a culpa e “ruminação” estão associados a problemas de saúde e mal-estar no geral, mas com maior atuação em questões de foro psicológico e tal como referido anteriormente, a saúde das mulheres tende a ser mais influenciada por questões psicológicas e o sexo feminino reporta doenças mais relacionadas com o foro psico-emocional, do que os homens (Pino-Domínguez et al., 2016).

Por fim, a literatura tem demonstrado que fatores sociodemográficos como a variável sexo têm grande impacto nas taxas de presentismo (Huver et al., 2012). Contudo a investigação é contraditória, pois alguns estudos indicam que não existe diferença (e.g., Martinez & Ferreira, 2012), e outros indicam que o presentismo é mais frequente no sexo feminino (e.g., Aronsson & Gustafsson, 2005; Aronsson et al., 2000; Sendén et al., 2016). Estudos recentes, indicam que o estereótipo do sexo feminino é mais orientado para os outros e por isso quando enfrentam a decisão de ir trabalhar ou não estando doentes, decidem ir trabalhar doentes com a desculpa de não deixar acumular trabalho e prejudicar os colegas (Sendén et al., 2016), mesmo que na verdade essa decisão tenha o resultado oposto, tal como já foi referido.

Tendo em conta este enquadramento, este estudo procurou perceber se a variável sexo ao interagir com o descomprometimento moral pode influenciar o estado de saúde percebido. Ou seja, esta investigação pretendeu estudar como a variável sexo pode influenciar a relação entre o descomprometimento moral e o estado de saúde percebido, na relação de mediação do estado de saúde percebido entre o descomprometimento moral e o presentismo.

H3: A variável sexo modera a relação entre o descomprometimento moral e o estado de saúde percebido no efeito indireto entre o descomprometimento moral e o presentismo através do estado de saúde percebido. No sexo feminino é esperado que o descomprometimento moral

tenha um maior efeito na saúde percebida influenciando assim a mediação entre o descomprometimento moral e presentismo.

É de salientar que, tal como suprarreferido, o papel da variável sexo na saúde e na percepção da mesma não é consensual na literatura, devido a fatores como o enviesamento do sexo (i.e., estereótipos relacionados com o sexo que influenciam a interpretação de dados, metodologia, etc.) (Barsky, Peekna & Borus, 2001) ou a falta de distinção entre os conceitos sexo, género, e até orientação sexual (Hart, Saperstein & Magliozzi, 2019). Por isso mesmo, os dados devem ser interpretados de forma cuidadosa, no sentido de perceber se existem outros fatores a atuar que podem criar enviesamentos (Hart et al., 2019).

Modelo e Hipóteses

A Figura 1.1 apresenta o modelo em estudo, sendo que as hipóteses postuladas são:

- H1: A propensão para o descomprometimento moral está relacionada positivamente com a ocorrência do presentismo.
- H2: A percepção do estado de saúde geral medeia a relação entre a propensão para o descomprometimento moral e a ocorrência de presentismo.
- H3: A variável sexo modera a relação entre o descomprometimento moral e o estado de saúde percebido no efeito indireto entre o descomprometimento moral e o presentismo através do estado de saúde percebido. No sexo feminino é esperado que o descomprometimento moral tenha um maior efeito na saúde percebida influenciando assim a mediação entre o descomprometimento moral e presentismo.



Figura 1.1 *Modelo de mediação do estado de saúde percebido na relação entre o descomprometimento moral e o presentismo, com efeito moderador da variável sexo na relação entre o descomprometimento moral e o estado de saúde percebido na relação de mediação.*

CAPÍTULO II

Método

Participantes

O presente estudo foi realizado numa amostra probabilística de conveniência de 1019 participantes, contudo foram eliminados 143 indivíduos pelas seguintes razões: (a) indicaram que eram estudantes, reformados ou desempregados (i.e., à data do estudo, não exerciam uma atividade profissional), visto que esta investigação se focou num contexto laboral e organizacional, logo era necessário que os participantes estivessem envolvidos numa atividade laboral; (b) não finalizaram o questionário; (c) como o estudo é no âmbito do contexto laboral português foram eliminados os participantes que não trabalhavam em Portugal.

Assim sendo, a amostra considerada era constituída por 876 participantes ($N = 876$), onde 51.90% eram do sexo feminino ($n = 455$). Em média, os participantes afirmaram deter cerca de 33 anos ($M = 33.09$; $DP = 10.28$), com idades compreendidas entre os 18 e os 73 anos. Ainda, 96.10% ($n = 842$) da amostra tinha nacionalidade portuguesa, sendo que o remanescente tinha outra nacionalidade não designada. Em termos académicos, 85.90% ($n = 753$) dos participantes referiram deter um curso superior (i.e., licenciatura, pós-graduação, mestrado ou doutoramento) e os restantes, um bacharelato ou uma habilitação inferior (i.e., 6º ano ou inferior, 9º ano, 12º ano, Curso Tecnológico/ Profissional/ Outros (Nível III), Curso de Especialização Tecnológica ou Bacharelato).

Dentro das características a nível profissional e laboral, é de salientar que todos os participantes trabalhavam em Portugal, onde 78.20% estava por conta de outrem ($n = 685$), 12.80% eram trabalhadores-estudantes ($n = 112$) e 9% trabalhavam por conta própria ($n = 79$). De forma a garantir que todos os setores de atividade laboral eram incluídos e estudados nesta investigação, foi pedido aos participantes que indicassem o tipo de setor em que trabalhavam de acordo com a lista de setores de atividade em Portugal identificados pelo estudo do INE (2016). Os setores mais representados foram os de Atividades de Consultoria, Científicas, Técnicas e Similares com 22.50% ($n = 197$) da amostra a trabalhar neste setor, seguido do setor de Outras Atividades e Serviços com 21% ($n = 184$), Comércio por grosso e a Retalho e Reparação de veículos automóveis e motociclos com 10% ($n = 88$), Indústrias Transformadoras com 9.90% ($n = 87$) e Educação com 8.10% ($n = 71$). Os setores menos representados foram os de Atividades Imobiliárias com 0.80% ($n = 7$), Agricultura, Produção Animal, Caça, Floresta e Pesca assim como os de Captação, tratamento e distribuição de água, Saneamento, Gestão de resíduos e Despoluição com uma representação de 0.90% ($n = 8$). Ainda, os participantes trabalhavam, em média, há cerca de seis anos ($M = 5.57$; $DP = 7.70$) na empresa atual, tinham,

em média, nove anos de experiência profissional ($M = 8.81$; $DP = 9.55$), trabalhavam cerca de 43h por semana ($M = 42.73$; $DP = 8.16$) e, ainda, 57.40% dos participantes ($n = 503$) detinham um contrato sem termo (i.e., efetivo), enquanto os restantes possuíam contratos ou estavam em regimes não efetivos (i.e., contrato a termo incerto, a termo certo, com duração inferior a seis meses, contrato de utilização de trabalho temporário, de comissão de serviços, recibos verdes, estágio remunerado ou outro tipo de contrato). Por fim, foi pedido aos participantes que indicassem a sua remuneração mensal líquida, sendo que apenas 720 participantes responderam ($n = 720$) e, em média apresentaram uma remuneração de cerca de 1595€ ($M = 1595.87$; $DP = 1844.05$). A descrição completa e detalhada da amostra pode ser verificada no Quadro 2.1.

Quadro 2.1

Caracterização da Amostra

	n^a	%^b	M	DP	Mínimo	Máximo
Sexo						
Masculino	455	51.90				
Feminino	421	48.10				
Nacionalidade						
Portuguesa	842	96.10				
Outra	34	3.90				
Situação Profissional						
Trabalhador-estudante	112	12.80				
Por conta de outrem	685	78.20				
Por conta própria	79	9				
Tipo de Setor						
Agricultura, Produção Animal, Caça, Floresta e Pesca	8	0.90				
Indústrias Transformadoras	87	9.90				
Captação, tratamento e distribuição de água, Saneamento, Gestão de resíduos e Despoluição	8	0.90				
Construção	30	3.40				
Comércio por grosso e a retalho; Reparação de veículos automóveis e motocicletas	88	10				
Transporte e Armazenagem	30	3.40				
Alojamento, Restauração e Similares	31	3.50				
Atividades de Informação e Comunicação	33	3.80				
Atividades Financeiras e de Seguros	35	4.00				
Atividades Imobiliárias	7	0.80				
Atividades de Consultoria, Científicas, Técnicas e Similares	197	22.50				
Atividades Administrativas e dos Serviços de Apoio	39	4.50				

THE DARK SIDE OF PRESENTEEISM

Educação	71	8.10			
Atividades de Saúde Humana e Apoio Social	28	3.20			
Outras Atividades de Serviços	184	21			
Tipo de Contracto					
Sem termo	503	57.40			
Termo incerto	68	7.80			
Termo certo (≥ 6 meses)	160	18.30			
Duração < 6 meses	6	0.70			
Trabalho temporário	9	1			
Comissão de serviços	18	2.10			
Recibos verdes	29	3.30			
Estágio remunerado	50	5.70			
Outro	33	3.80			
Idade	876		33.09	10.28	18
Antiguidade	876		5.57	7.70	0.08
Tempo de Experiência	876		8.81	9.55	0.08
Horas de Trabalho Semanais	876		42.73	8.16	10
Remun. Mensal Líquida	720		1595.87	1844.05	50
					30000

^a Número de participantes por categoria de cada variável

^b Percentagem de participantes por categoria de cada variável

Procedimento

Para o presente estudo foi, primeiramente, identificado o tipo de amostra pretendido, assim como o melhor método de recolha de dados. Tendo em conta que o alvo da investigação era a população trabalhadora portuguesa e que o objetivo era chegar ao maior número possível de trabalhadores de todos os setores de atividade do contexto laboral português (sendo que muitos setores não estão presentes ou não são acessíveis através na área de Lisboa, onde o estudo foi realizado, mas sim de zonas mais remotas do país), optou-se por um questionário online, de forma a termos uma maior abrangência do estudo. De seguida procedeu-se à conceção do questionário online no *software Qualtrics*, e posteriormente divulgou-se o mesmo.

Mais uma vez, tendo em conta o formato do instrumento de recolha de dados e o alvo do estudo, tornou-se oportuno divulgar o questionário através das redes sociais, tais como *Facebook*, *Instagram* e *Linked In*, do email e do *networking* pessoal. Tanto na divulgação escrita como falada, todas as pessoas com mais de 18 anos que trabalhassem em Portugal eram convidadas a responder a um breve questionário de cerca de 10 minutos, no âmbito de uma dissertação de mestrado, onde eram abordadas questões sobre as características pessoais no contexto laboral assim como as características e organização do trabalho em si. A recolha de dados foi feita entre os meses de maio e junho de 2019.

Material e Instrumentos

O questionário foi estruturado em três partes, sendo que inicialmente era um apresentado um consentimento informado, onde o participante apenas continuava a responder se aceitasse os termos. A primeira parte contemplava questões demográficas e gerais (e.g., idade, sexo, nacionalidade, situação profissional, habilitações literárias, se trabalha em Portugal), a segunda parte referia-se a questões demográficas mais específicas e relacionadas com a atividade profissional (e.g., setor de atividade em que trabalha, antiguidade na empresa atual, tempo de experiência profissional, horas de trabalho semanais, remuneração líquida mensal) e a última parte era constituída por questões relacionadas com a saúde, presentismo e descomprometimento moral.

Presentismo. Com base em estudos anteriores (Aronsson et al., 2000; Bergstrom et al., 2009; Johns 2011; Mach et al., 2018), o presentismo foi medido através de uma única questão de autorreporte, sendo uma variável quantitativa, “*Nos últimos seis meses, quantos dias foi trabalhar, mesmo estando doente ou não se sentindo bem?*”, onde foi deixado um espaço em branco para os participantes preencherem com a resposta. Esta questão traduz uma ocorrência e prevalência do presentismo, sendo que se considerou presentismo a partir do reporte de um ou mais dias e que quanto maior o número de dias reportados, maior a ocorrência de presentismo.

Propensão para o descomprometimento moral. Este construto foi medido através da adaptação e tradução da escala de autorreporte de Moore e colaboradores (2012, $\alpha = .90$ numa amostra de trabalhadores), de oito itens que medem a propensão para o descomprometimento moral, no geral. Os itens foram traduzidos para português noutros estudos (Cordeiro, 2018; Vieira, 2018), sendo que aqui foram adaptados ao comportamento do individuo. Foi pedido aos participantes para indicarem o seu nível de concordância com as seguintes frases: “Não há problema em ter comportamentos menos corretos, desde que seja em prol de um bem maior (e.g., equipa, empresa, cliente)”, “É aceitável tirar algo sem permissão, desde que se tenha uma boa desculpa.”, “É aceitável quando as pessoas, em certos momentos, se exibem, uma vez que as pessoas, no geral, têm tendência para se autovalorizarem.”, “As pessoas não devem ser responsabilizadas por fazerem coisas questionáveis, quando se limitam a cumprir ordens.”, “As pessoas não devem ser culpabilizadas por fazerem coisas que são, tecnicamente, erradas, quando todos os seus colegas também o fazem.”, “Tirar proveito pessoal de ideias que pertencem aos outros não tem importância.”, “Quando se está perante pessoas más, não há problema em trata-las de forma severa.” e “As pessoas que são maltratadas, geralmente, fizeram algo que justificou esse tratamento.”. Esta é uma escala de Likert de sete pontos, que varia entre

1 (*Discordo Totalmente*) a 7 (*Concordo Totalmente*), sendo que quanto mais alto o valor da escala, maior a propensão para o descomprometimento moral.

Os itens apresentaram uma boa consistência interna ($\alpha = .88$) num intervalo de confiança de 95%, sendo que foram agregados numa única variável compósita formada pela média das respostas aos oito itens ($M = 2.85$; $DP = 1.23$). Para realizar a agregação da variável compósita, foi realizada, previamente, uma análise fatorial exploratória, usando o *software* SPSS Versão 26 (IBM, 2019). Verificou-se que o modelo de um fator tinha o melhor ajuste estatístico com uma capacidade de explicar 61.82% da variância total, sendo que os itens extraídos apresentaram *factor loadings* com valores superiores a .50 (entre .53 e .68).

Estado de saúde geral percebido. Tal como em investigações anteriores (Mach et al., 2018), o estado de saúde percebido foi medido através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, que variava entre 1 (*Mau*) a 5 (*Excelente*), onde foi perguntado aos participantes “Como avalia o seu estado de saúde, no geral?”. Quando maior o valor reportado, mais positiva era a percepção do estado de saúde geral.

Sexo. Esta variável foi convertida a uma variável *dummy* (0 – Masculino; 1 – Feminino).

CAPÍTULO III

Resultados

Todas as análises estatísticas realizadas no âmbito do presente projeto de investigação foram executadas no *software* SPSS Versão 26 (IBM, 2019), sendo que, devido ao facto de estamos a tratar amostras relativamente grandes, foi decidido que seriam usados intervalos de confiança de 95%, ou seja, foram considerados estatisticamente significantes valores de *p* value inferiores a 0.05.

Análise Descritiva e Correlações das Variáveis em Estudo

No Quadro 3.1 podemos verificar as médias, desvios-padrão e coeficientes de correlação de Pearson (*r*) das variáveis em estudo – descomprometimento moral, estado de saúde percebido e presentismo. Em média, a amostra de 876 participantes demonstrou uma propensão para o descomprometimento moral baixa ($M = 2.850$; $DP = 1.234$), tendo em conta que os itens da variável foram medidos numa escala de *Likert* de sete pontos, onde quanto maior os valores, maior a propensão para o descomprometimento moral. É possível verificar que o descomprometimento moral demonstrou uma relação muito fraca e negativa com o estado de saúde percebido ($r = -.160$; $p < 0.001$) assim como uma relação muito fraca e positiva com o presentismo ($r = .120$; $p = 0.020$). Paralelamente, os 876 participantes apresentaram um estado de saúde percebido mediano ($M = 3.330$; $DP = 0.900$), numa escala de *Likert* de cinco pontos onde quando mais elevado o valor melhor o estado de saúde percebido. Ainda, o estado de saúde percebido demonstrou uma correlação fraca e negativa com o presentismo ($r = -.360$; $p < 0.001$). Por fim, dos 876 participantes, 74.10% ($n = 649$) referiram que foram trabalhar estando doentes ou não se sentindo bem, pelo menos, uma vez, nos últimos seis meses. Ainda, em média, os indivíduos foram trabalhar cerca de três dias mesmo estando doentes ou não se sentindo bem ($M = 2.910$; $DP = 1.493$), sendo que, no mínimo, foram trabalhar um dia e, no máximo, foram trabalhar 12 dias, estando doentes.

Quadro 3.1

Análise Descritiva e Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Variáveis do Descomprometimento Moral, Estado de Saúde Percebido e Presentismo

	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3
1. Descomprometimento Moral	2.850	1.234	1		
2. Estado de Saúde Percebido	3.330	0.900	-.160*	1	
3. Presentismo	2.910	1.490	.120*	-.360*	1

* $p < 0.001$

Teste de Hipóteses

Para testar as hipóteses de mediação e mediação moderada recorreu-se ao *software* SPSS Versão 26 (IBM, 2019) e a extensão Macro PROCESS (Hayes, 2013). Esta extensão permitiu: (a) testar os efeitos diretos – neste caso efeito do descomprometimento moral no presentismo; (b) efeitos indiretos onde primeiramente testa o efeito da variável independente na mediadora – efeito do descomprometimento moral no estado de saúde percebido –, depois o efeito da mediadora na variável dependente – neste caso, entre o estado de saúde percebido e o presentismo – e por fim testa o efeito em conjunto através dos intervalos de confiança de *bootstrapp* e o teste de Sobel (1982)¹; (c) efeitos totais da mediação; (d) e ainda os efeitos indiretos condicionais de mediações moderadas – efeito moderador do sexo na relação entre descomprometimento moral e estado de saúde percebido no efeito indireto entre o descomprometimento moral e o presentismo através do estado de saúde percebido.

Mediação. Com o objetivo de testar as hipóteses H1 e H2, realizou-se uma regressão linear múltipla. As hipóteses em análise referem-se à associação positiva entre o descomprometimento moral e o presentismo (H1) assim como o efeito mediador do estado de saúde percebido na relação entre o descomprometimento moral e a ocorrência de presentismo.

O modelo de mediação revelou-se significativo ($F(2, 646) = 50.412, p < 0.001$) e explicou 13.50% ($R^2 = 0.135$) da variação do comportamento de presentismo. Tal como se pode observar no Quadro 3.2, a relação entre o descomprometimento moral e frequência do comportamento de presentismo, mostrou-se não significativa ($B = -0.074, t = 1.683, p = 0.093$), ou seja, não se verificou um efeito direto significativo, quando se controlou o estado de saúde percebido, o que invalida H1.

Contudo, indo de encontro ao esperado, foi encontrado um efeito negativo, e significativo, do descomprometimento moral no estado de saúde percebido ($B = -0.113, t = -4.108, p < 0.001$), o que sugere uma tendência para que quanto mais elevada for a propensão do indivíduo para se descomprometer moralmente, menor é a sua percepção do estado de saúde. Paralelamente, ainda se verificou que o estado de saúde percebido, tem um efeito negativo e significativo, na ocorrência de presentismo ($B = -0.592, t = -9.504, p < 0.001$). Isto é, quanto

¹ A extensão PROCESS (Hays, 2013) permite calcular o enviesamento corrigido, criado nos efeitos indiretos, através dos intervalos de confiança de *bootstrapp*. De acordo com o autor esta abordagem é mais precisa na estimativa dos efeitos indiretos e da mediação do que a abordagem de Baron e Kenny (1986) ou do teste Sobel (1982). Tal acontece, pois, para além de não existirem conjeturas a cerca da disposição do efeito indireto, ainda possui uma taxa de erro tipo I controlada.

mais negativa for a percepção dos indivíduos sobre o seu estado de saúde, maior é a ocorrência de presentismo. Tal significa que o efeito indireto do descomprometimento moral no presentismo, quando mediado pelo estado de saúde percebido, revelou-se significativo ($B = 0.067$, Sobel $Z = 3.753$, $p < 0.001$, 95% Boot IC = 0.036, 0.107), confirmando H2. Visto que se tratou de uma mediação total, o descomprometimento moral tende a influenciar a ocorrência de presentismo apenas quando a percepção do estado de saúde do indivíduo medeia a relação.

No Quadro 3.2 e na Figura 3.3 é possível encontrar um resumo dos principais dados estatísticos referentes ao modelo de mediação testado.

Quadro 3.2

Coefficientes do Modelo de Mediação

<i>Mediação</i>	b	SE	t	p	IC (Lower)	IC (Upper)
$X \rightarrow M (a)$	-0.113	0.027	-4.108	< 0.001	-0.167	-0.059
$M \rightarrow Y (b)$	-0.592	0.062	-9.504	< 0.001	-0.714	-0.470
$X \rightarrow Y (c)$	0.074	0.044	1.683	0.093	-0.012	-0.161
$X \rightarrow Y (c')$	0.141	0.046	3.037	0.002	0.050	0.232
$X \rightarrow M \rightarrow Y (a*b)$	0.067	0.018			0.031	0.102

X – Propensão para o descomprometimento moral

M – Estado de saúde percebido

Y – Presentismo

Nota. N = 649



* $p < 0.001$

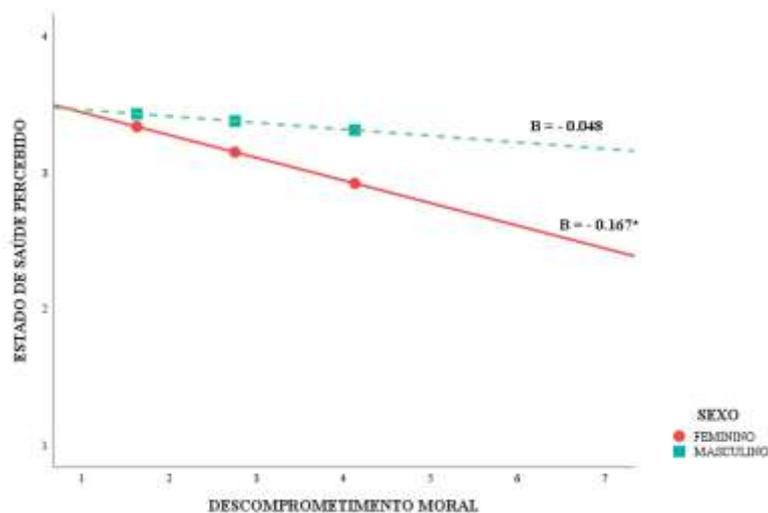
** $p < 0.05$

Figura 3.1 *Efeito do Descomprometimento Moral no Presentismo Através da Mediação do Estado de Saúde Percebido*

Mediação moderada. A última hipótese teorizava que o sexo pode moderar a relação entre o descomprometimento moral e o estado de saúde percebido no efeito indireto entre o descomprometimento moral e o presentismo através do estado de saúde percebido. Esta hipótese foi testada através do Modelo 7 da extensão Macro PROCESS (Hays, 2013).

O modelo de mediação moderada proposto mostrou-se estatisticamente significativo ($F(2, 646) = 50.411$, $p < 0.001$) e permitiu explicar 13.50% da variação da ocorrência do presentismo ($R^2 = 0.135$).

Verificou-se que o descomprometimento moral teve um efeito negativo e significativo no estado de saúde percebido ($B = -0.167$, $t = -4.568$, $p < 0.001$) e que o sexo dos participantes moderou significativamente a relação entre o descomprometimento moral e o estado de saúde percebido ($B = 0.119$, $t = 2.181$, $p = 0.030$). Deste modo, os resultados evidenciaram que o sexo interagiu de forma significativa com o descomprometimento moral para explicar o estado de saúde percebido. Esta interação é significativa no sexo feminino ($B = -0.167$, $t = -4.568$, $p < 0.001$) mas não no sexo masculino ($B = -0.048$, $t = -1.181$, $p = 0.238$). A Figura 3.2 ilustra estes resultados.



* $p < 0.001$

Figura 3.2 *Efeito Moderador do Sexo na relação entre o Descomprometimento Moral e o Estado de Saúde Percebido. A relação entre o descomprometimento moral e o estado de saúde percebido é moderado pelo sexo feminino e não pelo sexo masculino.*

No Quadro 3.3, é possível perceber que o efeito direto do descomprometimento moral no presentismo, após se controlar o estado de saúde percebido, o sexo e a interação do descomprometimento moral com o sexo, permaneceu insignificativo ($B = 0.074$, $t = 0.04$, $p = 0.093$). Houve um efeito indireto condicionado do descomprometimento moral no presentismo através do estado de saúde, sendo que o efeito indireto foi significativo apenas no sexo feminino ($B = 0.099$, 95% Boot IC = 0.056, 0.145) mas não no sexo masculino ($B = 0.028$, 95% Boot IC = -0.023, 0.081). Isto sugere que o estado de saúde percebido medeia a relação entre o descomprometimento moral e o presentismo apenas quando os indivíduos são do sexo feminino. Para além disso, o índice de mediação moderada que testa a disparidade entre os efeitos indiretos condicionados foi significativamente diferente de zero ($B = -0.070$, 95% Boot IC = -0.143, -0.004), o que demonstrou um efeito de mediação moderado significativo. Assim sendo, a H3 foi corroborada.

Quadro 3.3

Coefficientes do Modelo de Mediação Moderada

<i>Mediação Moderada</i>	b	SE	t	p	IC 95% (Lower)	IC 95% (Upper)
<i>X → M (a)</i>	- 0.167	0.037	- 4.568	< 0.001	- 0.238	- 0.095
<i>M → Y (b)</i>	- 0.591	0.062	- 9.504	< 0.001	- 0.714	- 0.470
<i>X → Y (c')</i>	0.074	0.044	1.683	0.093	- 0.012	0.160
<i>X * W → M</i>	0.119	0.055	2.181	0.030	0.012	0.226
<i>Efeito condicionado para sexo feminino</i>	0.099	0.023			0.056	0.145
<i>Efeito condicionado para sexo masculino</i>	0.028	0.026			- 0.023	0.081
<i>Índice de Mediação Moderada</i>	- 0.070	0.035			- 0.143	- 0.004

X – Propensão para o descomprometimento moral

M – Estado de saúde percebido

W – Sexo

Y – Presentismo

Nota. N = 649

CAPÍTULO IV

Discussão

O principal objetivo deste estudo passava por explicar uma possível relação entre a propensão para o descomprometimento moral e o presentismo, através do efeito mediador do estado de saúde percebido. Também procurava perceber se variáveis sociodemográficas como o sexo podem moderar o efeito do descomprometimento moral no estado de saúde percebido na mediação referida.

A primeira hipótese de investigação teorizava que a propensão para o descomprometimento moral estava associada positivamente à ocorrência de presentismo. No modelo de mediação não foi encontrado um efeito direto significativo, o que rejeitou a primeira hipótese. Apesar dos resultados encontrados no presente estudo não apresentarem uma relação direta, a verdade é que existe uma tendência na literatura (Hemp, 2004; Johns, 2010, Lohausa & Habermannb, 2019; Moore et al., 2012) – apoiada pela correlação encontrada neste estudo – para que o descomprometimento moral e o presentismo estejam direta e positivamente associados e por isso será necessária mais investigação nesta área. Tal como referido anteriormente, um indivíduo ao trabalhar doente torna-se a causa de diversos danos para si mesmo a longo-prazo (e.g., tornar uma doença episódica em algo crónico ou agravar sintomas e condições pré-existentes) (Ferreira & Martinez, 2012; Hemp, 2004; Johns, 2010), para os seus colegas (e.g., risco de epidemias, aumento da probabilidade de causar erros, provocar acidentes e distúrbios no local de trabalho) (Hemp, 2004; Leineweber et al., 2011), e para a sua organização (e.g., redução de produtividade, qualidade e desempenho individual, o que impacta negativamente o desempenho organizacional e causa prejuízo à empresa) (Hemp, 2004; Johns, 2010; Martinez & Ferreira, 2011). Uma vez que Kacmara e colaboradores (2019) e Moore e colaboradores (2012) definem o comportamento desviante ou incorreto no local de trabalho como o ato de qualquer colaborador prejudicar o bem-estar da organização e causar dano a outros indivíduos, o presentismo pode incluir-se nesta categoria devido aos danosos que pode causar. Contudo, as pessoas continuam a incorrer neste comportamento, mesmo sabendo que é errado e que causa dano ao próprio e a terceiros (Hemp, 2004; Johns, 2010, Lohausa & Habermannb, 2019), e aqui o descomprometimento moral – propensão para usar mecanismos que desativam as autossanções que regulam o comportamento, permitindo que os indivíduos legitimem e tenham comportamentos que vão contra o que consideram certo (Bandura, 2002; 2016) – pode intervir. É possível que uma maior propensão para o descomprometimento moral permita aos colaboradores legitimar o presentismo, apesar de estes saberem que é errado, e irem para a frente com esse comportamento. Apesar de o presente estudo não ter encontrado um

efeito direto entre estes dois fenômenos a verdade é que existe uma tendência para uma relação, e visto que se tratou da primeira vez que se procurou estudar esta relação, torna-se imperativo investigar mais aprofundadamente, em estudos futuros.

A segunda hipótese pretendia testar o efeito indireto entre o descomprometimento moral e o presentismo através do estado de saúde percebido, sendo que foi encontrado um efeito mediador significativo e por isso a segunda hipótese foi confirmada. Estes resultados vão de encontro à teoria que defende que o descomprometimento moral tem um impacto negativo tanto no desenvolvimento pessoal como social dos indivíduos e está associado positivamente a uma série de comportamentos e estados internos negativos e prejudiciais ao bem-estar e saúde dos indivíduos, tais como comportamentos criminosos, agressão, não ético no geral, capacidade de agir de forma violenta e agressiva, raiva e hostilidade (Barsky, 2011; Detert et al., 2008; Gini et al., 2014; Moore et al., 2012; Osofsky et al., 2005; Shen et al., 2019), e ainda culpa (Kacmar et al., 2019; Tillman et al., 2017). Estes fatores estão associados a problemas de saúde física e mal-estar, no caso da raiva e hostilidade (Kivimäki et al., 2003; Shen et al., 2019), depressão e ansiedade, no caso da culpa (Candea & Szentagotai-Tăta, 2018; Hennion et al., 2018; Losada et al., 2018), e a risco de segurança, no caso de comportamentos criminosos e agressão. Ou seja, a literatura sugere esta propensão individual pode ter um efeito negativo no bem-estar (Shen et al., 2019), o que este estudo corrobora ao mostrar que o descomprometimento moral tende a relacionar-se de forma negativa com a percepção do estado de saúde.

Paralelamente, a literatura aponta que o estado de saúde e a experiência subjetiva do mesmo influenciam a ocorrência de presentismo, de forma negativa (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010; Miraglia & Johns, 2016; Schultz & Edington, 2007), sendo que o presente estudo vai de encontro a esta teoria ao reportar uma relação entre uma percepção mais negativa do estado de saúde individual e a ocorrência de presentismo. Desta forma, a literatura permite perceber que o descomprometimento moral tende a impactar a saúde e a percepção do seu estado (Shen et al., 2019), assim como esta percepção tende a influenciar a ocorrência de presentismo (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010). Ou seja, um alto descomprometimento moral leva a uma percepção mais negativa, o que resulta em maior ocorrência de presentismo, sendo que a presente investigação veio suportar essa teoria ao demonstrar que o estado de saúde percebido tende a mediar a relação entre o descomprometimento moral e o presentismo.

Por fim, a terceira hipótese postulava que a variável sexo interagia com o descomprometimento moral para explicar o estado de saúde percebido no efeito indireto do descomprometimento moral no presentismo através do estado de saúde percebido, sendo que era esperado que este efeito fosse significativo no sexo feminino. Os resultados confirmaram a

esta hipótese sendo que o efeito apenas se verificou no sexo feminino, o que vai de encontro às linhas de investigação que sugerem que as taxas de presentismo tendem a ser mais altas no sexo feminino (Sendén et al., 2016) e que no geral, o sexo feminino tende a apresentar uma percepção mais negativa da sua saúde, em comparação com o sexo masculino (Bora & Saikia, 2015; Patrão et al., 2017; Rueda & Artazcoz, 2009; Singh et al., 2013). Os resultados também corroboram a literatura que prevê que a saúde das mulheres tende a ser mais influenciada por fatores psicológicas e estados internos, nomeadamente negativos (Pino-Domínguez et al., 2016), ao apresentar uma interação entre a variável sexo e o descomprometimento moral para influenciar a percepção de saúde.

Implicações Teóricas

As evidências obtidas neste estudo consistem numa novidade na literatura existente, tanto ao nível do descomprometimento moral, como do presentismo ou dos estudos da variável sexo. Contudo, visto se tratar de uma primeira tentativa de investigar estas variáveis e as suas relações, todos os dados devem de ser interpretados com critério.

O estudo focou-se na influência de fatores internos como a propensão para o descomprometimento moral, o estado de saúde e o sexo no comportamento do indivíduo, neste caso em particular, no ato de ir trabalhar estando doente – presentismo. Em consonância com o modelo teórico apresentado, foi explorada a relação entre a propensão para o descomprometimento moral e o presentismo com o estado de saúde percebido como mediador e o sexo a exercer o papel de moderador desta relação. Os resultados sugerem que uma maior propensão para o descomprometimento moral tende a estar associado a uma percepção mais negativa da saúde, o que, por conseguinte, pode levar a uma maior ocorrência de presentismo e que este efeito indireto tende a ocorrer apenas nos indivíduos do sexo feminino.

Da ótica do presentismo, o principal contributo deste estudo prende-se com a possibilidade de criar novos caminhos de investigação em relação ao presentismo. Apesar de se ter verificado uma mediação total do estado de saúde percebido, sem relação direta entre o descomprometimento moral e o presentismo, este estudo permitiu estabelecer que estas duas variáveis estão relacionadas, neste caso, por via do estado de saúde percebido. A literatura do presentismo, nomeadamente a europeia, tem procurado perceber o que pode motivar o comportamento do presentismo, sendo que podem ser fatores externos (e.g., clima de insegurança, pressão de tempo, falta de recursos no trabalho, dificuldade em ser promovido) ou internos (e.g., problemas financeiros, stress, traços de personalidade e valores morais, propensões individuais e falta de limites individuais) (Aronsson et al., 2000; Bierla et al., 2013; Hemp, 2004; Johns, 2010). Contudo, esta é a primeira vez que o presentismo é abordado como

um comportamento relacionado com uma propensão individual que permite realizar comportamentos que vão contra o que é certo. Estes resultados podem abrir caminho para o estudo de um lado mais negro do presentismo, onde este é visto como um comportamento é errado e até com uma componente moral e ética. Assim sendo, é necessária futura investigação para aprofundar esta conexão e os fatores associados à mesma.

Para além disso, estes resultados vêm ainda reforçar a importância do estado de saúde no presentismo, onde uma saúde debilitada tende a promover este comportamento (Miraglia & Johns, 2016). Ainda, vem corroborar o que Johns (2010) defendeu quando demonstrou que a experiência subjetiva de saúde é um fator determinante na decisão de ir trabalhar ou não quando se está doente. Mas mais que isso, estes dados alargam esta teoria ao colocar a perceção do estado de saúde como mediador entre uma propensão individual e a decisão de ir trabalhar doente, pois muitos dos modelos teóricos apresentados incluíam o estado de saúde percebido como uma variável de controlo ou como variável independente (e.g., Johns, 2010; Mach et al., 2018; Miraglia & Johns, 2016). Ao apresentar esta variável como mediadora, sugerimos que a causa de uma perceção negativa do estado de saúde pode importar e ter peso quando os indivíduos têm que escolher entre ir trabalhar doentes ou ficar em casa.

Da ótica do descomprometimento moral, estes resultados, vêm, primeiramente, alargar o espectro da investigação que pretende perceber qual a influência do descomprometimento moral no comportamento e contexto organizacional. Até ao momento, a investigação neste contexto tem se focado no impacto do descomprometimento moral no comportamento não ético mais geral (e.g., Christian & Ellis, 2014; Fida et al., 2018; Moore et al., 2012), sendo que alguns trabalhos têm sido conduzidos no âmbito de comportamento mais específico como a agressão no local de trabalho (Fida et al., 2018), assédio no trabalho (Claybourn, 2011) e ainda, numa ótica intergrupala, o impacto de uma liderança descomprometida moralmente (Cordeiro, 2018). Contudo, a investigação ainda é escassa, e pouco se sabe sobre quais os comportamentos organizacionais em específico a que o descomprometimento moral pode estar associado ou qual a extensão do seu impacto nas organizações (Moore, 2015). Assim sendo, os resultados encontrados reforçam o estudo do descomprometimento moral neste contexto e realçam a importância desta propensão individual no contexto laboral e as suas consequências (Moore et al., 2012). Mais que isso, estes dados desenvolvem a teoria de que o descomprometimento moral não está afeto apenas a situações éticas pois influencia as decisões do dia-a-dia do indivíduo, o seu desenvolvimento e interações sociais ao longo do tempo (Shen et al., 2019), ao relacionar o descomprometimento moral com o estado de saúde do indivíduo e com um comportamento que, à primeira vista, não tem foro ético.

Para além disso, este estudo reforça a teoria de Bandura (1999; 2002; 2016) que refere que o descomprometimento moral atua sobre o nosso sistema de autorregulação, desativa as autossanções que regulam o nosso comportamento e permite assim que tenhamos uma conduta que vai contra o que é certo e correto. Contudo, torna-a mais abrangente pois, ao apresentar uma relação de mediação entre o descomprometimento moral e o presentismo, a presente investigação sugere que é possível que através do estado de saúde percebido, indivíduos que tendem a se descomprometer moralmente consigam ir trabalhar doentes, mesmo sabendo que esse é um comportamento errado que prejudica o próprio, os colegas e a organização (Ferreira & Martinez, 2012; Hemp, 2004; Johns, 2010). Ainda, segundo Moore (2015) torna-se cada vez mais premente perceber de que forma o descomprometimento moral afeta o indivíduo, para além do seu comportamento. E esta é outra inovação do presente estudo pois, para além de reforçar a literatura que refere que devido aos estados internos e comportamentos negativos a que está associado, o descomprometimento moral pode ter um impacto negativo no indivíduo e tornar-se um risco para o bem-estar do mesmo (Detert et al., 2008; Gini et al., 2014; Moore et al., 2012; Osofsky et al., 2005; Shen et al., 2019), ainda vai mais longe e relaciona o descomprometimento moral com a perceção do estado de saúde, duas variáveis ainda não tinham sido estudadas em conjunto.

Por fim, no âmbito dos estudos da variável sexo, este estudo pode reforçar as teorias que defendem diferenças de sexo na perceção da saúde e no presentismo, nomeadamente na sua prevalência no sexo feminino (Sendén et al., 2016; Bora & Saikia, 2015; Patrão et al., 2017). Tal como suprarreferido, a investigação neste âmbito ainda é pouco consensual (Sendén et al., 2016), contudo este estudo vêm corroborar e expandir a investigação ao sugerir que a saúde do sexo feminino tende a ser mais sensível a fatores internos (Pino-Domínguez et al., 2016), como o descomprometimento moral – variável com a qual nunca tinha sido estudada –, comparativamente com o sexo masculino, e que isso pode estar relacionado com uma maior ocorrência de presentismo no sexo feminino. Pode ainda dar suporte à teoria que defende que o sexo feminino tende a ser mais propício a sentimentos de culpa e de ficar a reminar no problema quando faz algo errado e que não devia – possíveis consequências do descomprometimento moral –, pois propende a ter mais autoconsciência e autorregulação do comportamento do que o sexo masculino (Else-quest et al., 2012), sendo que estes sentimentos tendem a estar associados a problemas de saúde (Candea & Szentagotai-Tăta, 2018; Hennion et al., 2018; Losada et al., 2018).

Implicações Práticas

Ao sugerir que o descomprometimento moral e o presentismo podem estar associados através da mediação total do estado de saúde percebido e que esta relação tende a ocorrer apenas no sexo feminino, podemos trazer implicações para as quais as organizações devem atender.

Este estudo e as suas implicações teóricas podem ter particular interesse para organizações que procuram não só mostrar que o presentismo é um comportamento a evitar como também procuram estratégias para implementar que o permitam evitar. Um exemplo será as organizações que tendem a ter um clima de presentismo, isto é, organizações que pressionam os colaboradores a trabalhar para além do tempo necessário para desempenhar o seu trabalho de forma eficiente (Ferreira, Martinez, Cooper, & Gui, 2015; Ferreira et al., 2019; Mach et al., 2016), para assim obterem mais dinheiro, mais oportunidades de carreira, mais promoções (Mach et al., 2016; Martinez & Ferreira, 2012). Nestas empresas, torna-se particularmente importante mostrar e implementar estratégias que mostrem que não é aceitável trabalhar demais e principalmente doente, que previnam, e recriminem tal comportamento, mas também que provem aos colaboradores que não existem ganhos ao ter tal conduta. Isto porque a literatura demonstra que este tipo de clima e ambiente numa empresa está relacionado de forma positiva com o presentismo (Ferreira et al., 2015; Ferreira et al., 2019).

Assim sendo, este estudo dá-nos uma ideia de como as organizações podem fazer isto. O descomprometimento moral é uma propensão individual que pode entrar em ação consoante os indivíduos e a avaliação que estes fazem da situação, sendo que tende a preferir comportamento que defenda os interesses do próprio indivíduo (Bandura, 1999; 2002; 2016). Para proteger os seus interesses e ganhos, os indivíduos desativam os mecanismos do sistema de autorregulação do comportamento de forma a poderem ter uma conduta que viola os princípios do que é correto (Bandura, 1999; 2002; 2016). Ou seja, no caso particular do presentismo, se os colaboradores verificarem que os seus interesses não são prejudicados por ficar em casa a recuperar de doença, mas sim se forem trabalhar nessas condições e forem instigados a ter comportamentos corretos que promovam o bem-estar da empresa, então podem decidir não desativar os seus processos de autorregulação. Assim sendo, as organizações poderão fazer ações de sensibilização que instiguem o pensamento de que estar doente não tem nada de mal, assim como ficar em casa a recuperar não prejudica a carreira ou o desenvolvimento profissional do indivíduo (Martinez & Ferreira, 2012). Poderão também estimular uma maior autonomia dos colaboradores de forma a que estes possam controlar o seu ritmo, as suas horas de trabalho e as suas ações no trabalho, mesmo que estejam doentes (Bond, Flaxman & Bunce, 2008), aplicar tolerância zero quando alguém vai trabalhar doente e não congratular quando alguém tem esse tipo de

comportamento (OMS, 2010) ou trabalhar com os supervisores para estes não instigarem este tipo de comportamento (Ferreira et al., 2019). Poderá também ser útil trabalhar a autorregulação do indivíduo, com programas de desenvolvimento pessoal (Sauter & Murphy, 2004) como programas de *coaching* que se foquem na gestão interna dos processos de autorregulação ou formações com uma abordagem psicológica e interpessoal que promova a importância de ter comportamento ético e cumprir as regras para o bem-estar da organização (Vieira, 2018).

Para além disso, tendo em conta que o estado de saúde percebido tem um papel tão importante pois medeia a relação entre a perceção entre o descomprometimento moral e o presentismo, poderá ser útil as empresas promoverem programas de bem-estar e saúde para os seus colaboradores (OMS, 2010). Segundo a OMS (2010), é uma obrigação da empresa promover um ambiente de trabalho seguro e saudável – isto é, “um ambiente em que os trabalhadores e gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho”. Tal significa que se os colaboradores tiverem um ambiente de trabalho privilegie a saúde e bem-estar, sendo que instigar uma cultura e comportamentos que levem ao presentismo não é saudável, pode beneficiar a saúde dos indivíduos, atenuar os efeitos do descomprometimento moral e assim reduzir o presentismo. Um exemplo poderão ser programas de descanso ativo (Ferreira et al., 2019), gestão de energia ou estratégias mais simples como permitir e estimular a caminhada durante o ato laboral, oferecer soluções e alimentos saudáveis nos refeitórios e máquinas de vendas automáticas (OMS, 2010). Este tipo de programas pode mitigar o efeito do descomprometimento moral na saúde e assim diminuir o presentismo.

Os resultados obtidos no presente estudo também denotam que o sexo feminino é uma população de particular interesse. Ao confirmar que as teorias de que a saúde do sexo feminino é mais afetada do que a do sexo masculino por estados e características psicológicas (Pino-Domínguez et al, 2016) como o descomprometimento moral, e que isso pode levar a presentismo, este estudo chama a atenção para esta população ativa. Assim sendo, é de referir que as medidas suprarreferidas são válidas para todos os indivíduos, mas deverão ser especialmente garantidas para a população trabalhadora feminina.

Em suma, as empresas deverão, por um lado, aplicar estratégias que anulem as possíveis vantagens que as pessoas possam ver no presentismo – e assim potencialmente impedir a desativação dos mecanismos de autorregulação (Bandura, 2016) –, e por outro lado promover um ambiente saudável e seguro onde os colaboradores privilegiem a sua saúde e sintam que a

empresa se preocupa com a sua saúde, para que esta não seja um motivo para o presentismo (Johns, 2010; OMS, 2010), sendo que deverão ter particular atenção à população feminina.

Limitações e Sugestões para Investigação Futura

Apesar do presente estudo revelar contribuições interessantes, a verdade é que também possui algumas limitações que devem de ser consideradas em investigações futuras.

A primeira limitação prende-se com a amostra que apresentou falta de igualdade na representatividade dos setores laborais e foi de conveniência, o que pode pendenciar as respostas. Contudo, acabou por ser amostra considerável de 876 participantes, sendo que os testes foram realizados apenas com as respostas dos indivíduos que reportaram presentismo, ou seja, 649 participantes. Quando ao instrumento, é de relevar o cariz de autorreporte das medidas, que pode influenciar as respostas devido ao efeito da desejabilidade social. Nestes casos, as pessoas tendem a responder de acordo com o que é socialmente aceitável em vez de expressarem o que realmente pensam, nomeadamente na medida do descomprometimento moral. Contudo, em estudos passados esta questão foi já abordada e através de vários testes estatísticos comprovou-se que o instrumento que mede o descomprometimento moral apresenta uma boa robustez quando ao efeito de desejabilidade social (Moore et al., 2012).

Ainda, é de salientar que o desenho *cross-sectional* do estudo pode apresentar-se como uma limitação pois apenas permite recolher dados num só momento. Apesar de vários estudos afirmarem que o descomprometimento moral tende a manter-se estável na idade adulta (Moore, 2015), a verdade é que para além de estar associado a diversos fatores que prejudicam o indivíduo ao longo do tempo (Detert et al., 2008; Gini et al., 2014; Moore et al., 2012; Osofsky et al., 2005; Shen et al., 2019), esta é uma propensão que tende a levar-nos a cometer ações pouco corretas e éticas. Essas ações podem ter efeitos a longo-prazo num indivíduo, tais como alterações no desenvolvimento pessoal, cognitivo e social dos indivíduos (Shen et al., 2019) – por exemplo, pode criar um aumento da capacidade de agir com violência, agressão e de desumanizar os outros (McAlister et al., 2006; Moore, 2015). Ou seja, tal como a literatura refere, o descomprometimento moral é uma propensão que atua ao longo do dia-a-dia, vai afetando o desenvolvimento dos indivíduos (Bandura, 2016; Shen et al., 2019), e o seu efeito pode ser cumulativo. Para além disso, o presentismo é também é um comportamento que é observado ao longo tempo, e pode variar de acordo com diversos fatores tanto internos como externos (Johns, 2010). Neste sentido torna-se interessante replicar este estudo, mas com um desenho longitudinal, para ver se os efeitos se mantêm ao longo do tempo ou se alteram e de que forma.

Para além disso, a maior limitação deste estudo é simultaneamente a sua maior contribuição e inovação, isto é, foi a primeira vez que estas relações foram estudadas, e apesar de os resultados serem promissores, deverão ser feitas mais investigações e estudar o efeito de outras variáveis. Por exemplo, seria interessante investigar se variáveis que tipicamente estão associadas ao descomprometimento moral, como tendência para a raiva e hostilidade poderão influenciar a relação do descomprometimento moral com a saúde e o presentismo. Ainda, uma das linhas de investigação referidas aponta para o facto de o descomprometimento moral estar positivamente relacionado com a culpa pois pode não desativar por completo as autossanções (Kacmar et al., 2019; Tillman et al., 2017). A literatura refere que este tipo de sentimentos pode estar associado a diversos problemas de saúde, nomeadamente depressão e ansiedade (Candea & Szentagotai-Táta, 2018; Losada et al., 2018) e que esse tipo de sentimentos é mais comum no sexo feminino, devido à sua tendência para apresentar mais autoconsciência e autorreflexão (Else-quest et al., 2012). Assim sendo, seria oportuno estudar o efeito desta variável (i.e., culpa), principalmente depois de o indivíduo cometer um ato pouco correto, e verificar se está de facto relacionado com diferenças de sexo.

Ainda, os resultados do presente estudo sugerem que existe uma relação entre o descomprometimento moral e a saúde do indivíduo, por isso seria interessante explorar essa relação e perceber, em maior pormenor, de que forma esta propensão pode afetar o bem-estar e saúde do indivíduo, nomeadamente a nível mental. Sendo o descomprometimento moral uma propensão individual e cognitiva, associada a diversos estados psicológicos com consequências maioritariamente a nível psicológico e emocional (e.g., Shen et al., 2019), seria interessante verificar o impacto do descomprometimento moral na saúde mental e emocional. Para além disso, poderia dar alguma luz à teoria de que a saúde das mulheres tende a ser mais influenciada por fatores psicológicos e mentais e que por isso estas tendem a sofrer de doenças mais do foro psicológico (Sendén et al., 2016).

Por fim, seria ainda pertinente aprofundar as diferenças de sexo relativamente aos resultados encontrados. Tendo em conta que as maiores taxas de presentismo são encontradas em setores como a educação e saúde, setores com grande prevalência feminina (Ferreira & Martinez, 2012; Macedo, 2017; Martinez & Ferreira, 2012) e que os resultados deste estudo sugerem que o presentismo está mais associado ao sexo feminino, seria pertinente, em investigações futuras, estudar a influência do tipo de setor laboral. Nesse caso, estudos futuros deverão garantir a representatividade de todos os setores laborais existentes no contexto.

Conclusão

A presente investigação procurou expandir estudos anteriores (Aronsson & Gustafsson, 2005; Bergström et al., 2009; Hansen & Andersen, 2009; Johns, 2010; Miraglia & Johns, 2016) e abrir novas linhas de investigação relativamente ao presentismo ao demonstrar a influência e relação que fatores internos como propensões individuais – descomprometimento moral – e a percepção do estado de saúde podem ter quando os indivíduos se vêem confrontados com uma condição médica ou mal-estar e têm que tomar a decisão de ir trabalhar ou não. Ou seja, o presente estudo demonstrou que os indivíduos com uma alta propensão para o descomprometimento moral tendem a ter uma percepção mais negativa do seu estado de saúde e por conseguinte tendem a recorrer mais ao presentismo. Para além disso, ainda apresentou uma tendência para que esta relação seja significativa no sexo feminino, mas não no sexo masculino, ou seja, as mulheres tendem a ter a sua percepção de saúde mais influenciada pelo seu descomprometimento moral, o que pode levar a maior presentismo, do que os homens. Apesar de ser a primeira vez o presentismo é investigado em conjunto com a propensão para usar mecanismos que permitam cometer atos menos corretos, sendo assim abordado um lado mais negro do presentismo, os resultados parecem promissores e instigam a uma maior investigação.

Referências

- Alarcão, V., Madeira, T., Peixoto-Plácido, C., Sousa-Santos, N., Fernandes, E., Nicola, P., Santos, O., & Gorjão-Clara, J. (2019). Gender differences in psychosocial determinants of self-perceived health among portuguese older adults in nursing homes. *Aging & mental health, 23*(8), 1049-1056.
- Aquino, K., & Reed, I. I. (2002). The self-importance of moral identity. *Journal of personality and social psychology, 83*(6), 1423.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 47*(9), 958-966.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health, 54*, 502-509.
- Association of Certified Fraud Examiners (2018). Report to the nations - 2018 global study on occupational fraud and abuse [PDF]. Retirado (Out, 2019) de <https://s3-us-west-2.amazonaws.com/acfe-public/2018-report-to-the-nations.pdf>
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology, 4*(3), 359-373.
- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the Perpetration of Inhumanities. *Personality and Social Psychology Review, 3* (3), 193-209.
- Bandura, A. (2002). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Moral Education, 31* (2), 101-119.
- Bandura, A. (2016). *Moral disengagement: How people do harm and live with themselves*. New York, NY, US: Worth publishers.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social psychology, 51*(6), 1173.
- Barsky, A. (2011). Investigating the effects of moral disengagement and participation on unethical work behavior. *Journal of Business Ethics, 104*(1), 59.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., & Klerman, G. L. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science & Medicine, 34*(10), 1147-1154.
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine, 16*(4), 266-275.
- Begley, T. M. (1994). Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. *Journal of Organizational Behavior, 15*(6), 503-516.
- 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 Environmental Health, 82*, 1179–1190.
- Bierla, I., Huver, B., & Richard, S. (2013). New evidence on absenteeism and presenteeism. *The International Journal of Human Resource Management, 24*(7), 1536-1550.
- Bond, F. W., Flaxman, P. E., & Bunce, D. (2008). The influence of psychological flexibility on work redesign: Mediated moderation of a work reorganization intervention. *Journal of Applied Psychology, 93*(3), 645.

- Bora, J. K., & Saikia, N. (2015). Gender differentials in self-rated health and self-reported disability among adults in India. *PloS one*, *10*(11).
- Breton, M. C., Guénette, L., Amiche, M. A., Kayibanda, J. F., Grégoire, J. P. & Moisan, J. (2013). Burden of diabetes on the ability to work. *Diabetes Care*, *36*(3), 740-749.
- Brief, A. P., Buttram, R. T., & Dukerich, J. M. (2001). Collective corruption in the corporate world: Toward a process model. *Groups at work: Theory and research*, *471*, 499.
- Brown, M. E., & Treviño, L. K. (2006). Ethical leadership: A review and future directions. *The leadership quarterly*, *17*(6), 595-616.
- Brown, S. & Sessions, J. G. (2004). Absenteeism, 'presenteeism', and shirking. *Economic Issues*, *9*(1), 15-21.
- Bryant, L. L., Beck, A., & Fairclough, D. L. (2000). Factors that contribute to positive perceived health in an older population. *Journal of Aging and Health*, *12*(2), 169-192.
- Caravita, S. C., Sijtsema, J. J., Rambaran, J. A., & Gini, G. (2014). Peer influences on moral disengagement in late childhood and early adolescence. *Journal of youth and adolescence*, *43*(2), 193-207.
- Cardwell, S. M., Piquero, A. R., Jennings, W. G., Copes, H., Schubert, C. A., & Mulvey, E. P. (2015). Variability in moral disengagement and its relation to offending in a sample of serious youthful offenders. *Criminal Justice and Behavior*, *42*(8), 819-839.
- Choi, S., Cheong, K., & Feinberg, R. A. (2012). Moderating effects of supervisor support, monetary rewards, and career paths on the relationship between job burnout and turnover intentions in the context of call centers. *Managing Service Quality: An International Journal*, *22*(5), 492-516.
- Christian, J. S., & Ellis, A. P. (2014). The crucial role of turnover intentions in transforming moral disengagement into deviant behavior at work. *Journal of Business Ethics*, *119*(2), 193-208.
- Claybourn, M. (2011). Relationships between moral disengagement, work characteristics and workplace harassment. *Journal of Business Ethics*, *100*(2), 283-301.
- Collins, J. J., Baase, C. M., Sharda, C. E., Ozminkowski, R. J., Nicholson, S., Billotti, G. M, Turpin, R. S., Olson, M., & Berger, M. L. (2005). The assessment of chronic health conditions on work performance, absence and total economic impact for employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *47*, 547-557.
- Cordeiro, A. (2018). *O papel mediador do descomprometimento moral nas alterações climáticas na relação entre a responsabilidade social e comportamentos não éticos: O papel moderador da liderança transformacional* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal.
- Corrigan, P. W. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10887-000>
- Cullen, J. B., Parboteeah, K. P., & Victor, B. (2003). The effects of ethical climates on organizational commitment: A two-study analysis. *Journal of Business Ethics*, *46*(2), 127-141.

- Deery, S., Walsh, J. & Zatzick, C. (2014). A moderated mediation analysis of job demands, presenteeism, and absenteeism. *Journal of occupational and Organizational Psychology*, 87(2), 352-369.
- DeLisi, M., Dansby, T., Peters, D. J., Vaughn, M. G., Shook, J. J., & Hochstetler, A. (2014). Fledgling psychopathic features and pathological delinquency: New evidence. *American Journal of Criminal Justice*, 39(3), 411-424.
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M. Bakker, A. B., Schaufelli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14, 50-68.
- Detert, J. R., Treviño, L. K., & Sweitzer, V. L. (2008). Moral disengagement in ethical decision making: a study of antecedents and outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 374.
- Candea, D. M., & Szentagotai-Tăta, A. (2018). Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 58, 78-106.
- Duffy, M. K., Scott, K. L., Shaw, J. D., Tepper, B. J., & Aquino, K. (2012). A social context model of envy and social undermining. *Academy of Management Journal*, 55(3), 643-666.
- Elstad, J. I., Vabo, M. (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(5), 467-474.
- Else-Quest, N. M., Higgins, A., Allison, C., & Morton, L. C. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(5), 947.
- Evans-Lacko, S., & Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: Absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1525-1537.
- Everson, S. A., Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Julkunen, J., Tuomilehto, J., & Salonen, J. T. (1997). Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *American journal of epidemiology*, 146(2), 142-152.
- Faiver, C. M., O'Brien, E. M., & Ingersoll, R. E. (2000). Religion, guilt, and mental health. *Journal of Counseling & Development*, 78(2), 155-161.
- Ferreira, A. I., Martinez, L., Cooper, C., & Gui, D. M. (2015). LMX as a negative predictor of presenteeism climate. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, Vol. 2. 282 - 302
- Ferreira, A., & Martinez, L. (2012). Presenteeism and burnout among teachers in public and private portuguese elementary schools. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(20), 1-11.
- Ferreira, A.I., Mach, M., Martinez, L.F., Brewster, C., Dagher, G., Perez-Nebra, A., & Lisovskaya, A. (2019). 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*, 30(19), 2754-2776. DOI: 10.1080/09585192.2017.1332673.
- Fida, R., Tramontano, C., Paciello, M., Guglielmetti, C., Gilardi, S., Probst, T. M., & Barbaranelli, C. (2018). 'First, do no harm': The role of negative emotions and moral disengagement in understanding the relationship between workplace aggression and misbehavior. *Frontiers in Psychology*, 9, 671.

- Gerich, J. (2015). Sick at work: Methodological problems with research on workplace presenteeism. *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 15(1).
- Gilbreath, B., & Karimi, L. (2012). Supervisor behaviour and employee presenteeism. *International Journal of Leadership Studies*, 7, 114–132.
- Gini, G., Pozzoli, T., & Hymel, S. (2014). Moral disengagement among children and youth: A meta-analytic review of links to aggressive behavior. *Aggressive behavior*, 40(1), 56-68.
- Goetzel, R. Z., Ozminkowski, R. J., & Long, S. (2003). Development and reliability analysis of the work productivity short inventory (WPSI). Instrument measuring employee health and productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 743-762.
- Gordois, A. L., Toth, P. P., Quek, R. G., Proudfoot, E. M., Paoli, C. J. & Gandra, S. R. (2016). Productivity losses associated with cardiovascular disease: A systematic review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 16(6), 759-769.
- Hansen, C. D. & Andersen, J. D. (2008). Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science and Medicine*, 67, 956-964.
- Hart, C. G., Saperstein, A., Magliozzi, D., & Westbrook, L. (2019). Gender and health: Beyond binary categorical measurement. *Journal of Health and Social Behavior*, 60(1), 101-118.
- Hayes, A.F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.G
- Hennion, S., Szurhaj, W., Skrobala, E., Davière, J., Tyvaert, L., Derambure, P., & Delbeuck, X. (2019). Experiences of self-conscious emotions in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 90, 1-6.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: At work-but out of it. *Harvard business review*, 82(10), 49-58.
- Huwer, B., Richard, S., Vaneecloo, N., Delclite, T. & Bierta, I. (2012). Sick but at work: An econometric approach to presenteeism. *15th IZA European Summer School in Labor Economics*. 23-29.
- IBM Corp. (2019). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), 519-542.
- Johns, G. (2011). Attendance dynamics at work: The antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16 (4), 483–500.
- Johns, G., & Xie, J. L. (1998). Perceptions of absence from work: People’s Republic of China versus Canada. *Journal of Applied Psychology*, 83, 515–530. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.83.4.515>
- Johnson, J. F., & Buckley, M. R. (2015). Multi-level organizational moral disengagement: Directions for future investigation. *Journal of Business Ethics*, 130(2), 291-300.
- Kacmar, K. M., Carlson, D. S., Thompson, M., & Zivnuska, S. (2019). But I still feel guilt: A test of a moral disengagement propensity model. *Human Performance*, 32(3-4), 165-180.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Kokko, K., Pulkkinen, L., Korteinen, M., & Tuomikoski, H. (2003). Hostility, unemployment and health status: testing three theoretical models. *Social Science & Medicine*, 56(10), 2139-2152.

- Koopman, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Turpin, R. S., et al. (2002). Stanford presenteeism scale: Health status and employee productivity. *Journal of Epidemiology and Community Health, 44*, 14–20.
- Lee, Y., & Eissenstat, S. J. (2018). A longitudinal examination of the causes and effects of burnout based on the job demands-resources model. *International Journal for Educational and Vocational Guidance, 18*(3), 337-354.
- Leineweber, C., Westerlund, H., Hagberg, J., & Svedberg, P. (2011). Sickness presenteeism among swedish police officers. *Journal of Occupational Rehabilitation, 21*, 17-22.
- Llorens, S., Bakker, A. B., Schaufeli, W., & Salanova, M. (2006). Testing the robustness of the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management, 13*(3), 378.
- Lohaus, D., & Habermann, W. (2019). Presenteeism: A review and research directions. *Human Resource Management Review, 29*(1), 43-58.
- Losada, A., Márquez-González, M., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Romero-Moreno, R., & Pillemer, K. (2018). Ambivalence and guilt feelings: Two relevant variables for understanding caregivers' depressive symptomatology. *Clinical psychology & psychotherapy, 25*(1), 59-64.
- Lowe, G. (2004). Here in body, absent on productivity – Presenteeism hurts outputs, quality of work-life and employee health. *The National Journal of Human Resource Management, 1*-2.
- Macedo, M. (2017). *Análise do fenómeno do presentismo e a sua relação com as questões da saúde e da produtividade: Um estudo de caso* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Mach, M., Ferreira, A., Martinez, L., Lisowskaia, A., Dagher, G. & Perez-Nebra, A. (2018). Working conditions in hospitals revisited: A moderated-mediated model of job context and presenteeism. *Plos One, 13*(10). Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205973>.
- Martinez, L., & Ferreira, A. (2012). Sick at Work: Presenteeism among nurses in a portuguese public hospital. *Stress and Health, 28*(4), 297-304.
- Markides, K. S., & Lee, D. J. (1991). Predictors of health status in middle-aged and older Mexican Americans. *Journal of Gerontology, 46*(5), S243-S249.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.
- Mayer, D. M., Kuenzi, M., Greenbaum, R., Bardes, M., & Salvador, R. B. (2009). How low does ethical leadership flow? Test of a trickle-down model. *Organizational behavior and human decision processes, 108*(1), 1-13.
- McAlister, A. L., Bandura, A., & Owen, S. V. (2006). Mechanisms of moral disengagement in support of military force: The impact of Sept. 11. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(2), 141-165.
- Miraglia, M., & Johns, G. (2016). Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. *Journal of Occupational Health Psychology, 21*(3), 261.
- Moore, C. (2015). Moral disengagement. *Current Opinion in Psychology, 6*, 199-204

- Moore, C., Detert, J., Treviño, L., Baker, V., & Mayer, D. (2012). Why employees do bad things: Moral disengagement and unethical organisational behaviour. *Personnel Psychology*, *65* (1), 1-48.
- Obermann, M. L. (2013). Temporal aspects of moral disengagement in school bullying: crystallization or escalation?. *Journal of school violence*, *12*(2), 193-210.
- Organização Mundial de Saúde (2010). Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais [PDF]. Retirado (Out, 2019) de http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf.
- Osofsky, M. J., Bandura, A., & Zimbardo, P. G. (2005). The role of moral disengagement in the execution process. *Law and Human Behavior*, *29*(4), 371-393.
- Paciello, M., Fida, R., Tramontano, C., Lupinetti, C., & Caprara, G. V. (2008). Stability and change of moral disengagement and its impact on aggression and violence in late adolescence. *Child Development*, *79*(5), 1288-1309.
- Patrão, A. L., Alves, V. P., & Neiva, T. (2017). Propriedades psicométricas da escala de auto-eficácia geral em idosos brasileiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *18*(1), 29-38.
- Pino-Domínguez, L., Navarro-Gil, P., González-Vélez, A. E., Prieto-Flores, M. E., Ayala, A., Rojo-Pérez, F., ... & Forjaz, M. J. (2016). Self-perceived health status, gender, and work status. *Journal of Women & Aging*, *28*(5), 386-394.
- 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), 220-234.
- Rueda, S., & Artazcoz, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing & Society*, *29*(4), 625-647.
- Sanderson, K., & Cocker, F. (2013). Presenteeism: Implications and health risks. *Australian Family Physician*, *42*(4), 172-175.
- Sauter, S. L., & Murphy, L. R. (2004). Work organization interventions: state of knowledge and future directions. *Sozial-und Präventivmedizin*, *49*(2), 79-86.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H. G., & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of gerontology and geriatrics*, *39*(3), 227-237.
- Schultz, A., & Edington, D. (2007). Employee health and presenteeism: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *17*(3), 547-579.
- Sendén, M. G., Schenck-Gustafsson, K., & Fridner, A. (2016). Gender differences in reasons for sickness presenteeism-a study among GPs in a swedish health care organization. *Annals of occupational and environmental medicine*, *28*(1), 50.
- Shamansky, S. L. (2002). Presenteeism... When being there is not being there. *Public Health Nursing*, *19* (2), 79-80.
- Shen, Y., Sun, X., & Xin, T. (2019). How social support affects moral disengagement: The role of anger and hostility. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *47*(3), 1-9.

- Singh, L., Arokiasamy, P., Singh, P. K., & Rai, R. K. (2013). Determinants of gender differences in self-rated health among older population: evidence from India. *Sage Open*, 3(2), 2158244013487914.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology*, 13, 290-312.
- Stanger, N., Kavussanu, M., Boardley, I. D., & Ring, C. (2013). The influence of moral disengagement and negative emotion on antisocial sport behavior. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 2(2), 117.
- Swaffer, T., & Hollin, C. R. (2001). Anger and general health in young offenders. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12(1), 90-103.
- Tillman, C. J., Kacmar, K. M., Steinbauer, R., & Whitman, M. V. (2017). Gone but not forgotten: The multiple roles of moral disengagement: A process model perspective. *The Journal of Applied Management and Entrepreneurship*, 22, 28–48. doi:10.9774/GLEAF.3709.2017.ja.00004
- Treviño, L. K., & Weaver, G. R. (2003). *Managing ethics in business organizations: Social scientific perspective*. Stanford University Press.
- Vieira, I. (2018). *Emotions, burnout and presenteeism in the workplace* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal.
- 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 – Questionário

Olá! Desde já agradecemos a sua disponibilidade em participar neste estudo, pois as suas respostas são muito importantes para a nossa investigação. Este questionário serve fins meramente académicos pois faz parte de um projeto de investigação de mestrado e o seu preenchimento **demora cerca de 10 minutos**. O nosso objetivo é estudar o impacto de características pessoais no contexto laboral, nomeadamente no que respeita a problemas de saúde, bem como das características e organização do trabalho. **Informamos que as respostas são anónimas e os dados serão tratados de forma totalmente confidencial.**

É muito importante que responda da forma mais sincera possível, pois só assim teremos dados fidedignos para a nossa investigação. Muito obrigada!

1.1 Sexo: Masculino Feminino

1.2. Idade: _____ anos

1.3. Habilitações Literárias:

- 6º ano ou inferior
- 9º ano
- 12º ano
- Curso Tecnológico/ Profissional/ Outros (Nível III)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Curso de Especialização Tecnológica

1.4. Zona do País onde Trabalha:

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo

THE DARK SIDE OF PRESENTEEISM

- Algarve
- Madeira
- Açores

1.5. Situação Profissional:

- Estudante
- Trabalhador-estudante
- Trabalhador por conta de outrem
- Trabalhador por conta própria
- Reformado(a)
- Desempregado(a)

2.1. Setor de Atividade:

- Agricultura, Produção Animal, Caça, Floresta e Pesca
- Indústrias Transformadoras
- Captação, tratamento e distribuição de água, Saneamento, Gestão de resíduos e Despoluição
- Construção
- Comércio por grosso e a Retalho; Reparação de veículos automóveis e motociclos
- Transporte e Armazenagem
- Alojamento, Restauração e Similares
- Atividades de Informação e Comunicação
- Atividades Financeiras e de Seguros
- Atividades Imobiliárias
- Atividades de Consultoria, Científicas, Técnicas e Similares
- Atividades Administrativas e dos Serviços de Apoio
- Educação
- Atividades de Saúde Humana e Apoio Social
- Outras Atividades de Serviços

2.2. Função: _____

2.5. Anos de experiência profissional (total): _____ anos

2.6. Antiguidade na empresa: _____ anos e _____ meses

2.7. Tipo de Vínculo contratual atual:

- Contrato sem termo (efetivo)
- Contrato a termo Incerto
- Contrato a Part-Time
- Contrato a termo (com duração estipulada, superior ou igual a 6 meses)
- Contrato com duração inferior a 6 meses
- Trabalho Temporário
- Comissão de Serviços
- Recibos Verdes
- Serviço Doméstico
- Cedência Ocasional de Trabalhadores
- Estágio

2.8. No último ano, quantas horas por semana trabalhou, em média? _____ horas

**2.9. Em média, quanto ganha uma pessoa que desempenhe funções semelhantes às suas?
__ €**

3.1. Como avalia o seu estado de saúde em geral numa escala de 1-Mau a 5-Excelente?

3.2. Nos últimos 6 meses, quantos dias, em média, faltou por estar doente ou não se sentir bem? _____ dias

3.3. Nos últimos 6 meses, quantos dias em média foi trabalhar, apesar de estar doente ou não se sentir bem? _____ dias

3.4. Por favor, indique o grau de concordância com as seguintes frases.

	Discordo Totalmente 1	Concordo Totalmente 7
1. Não há problema em ter comportamentos menos corretos, desde que seja em prol de um bem maior (e.g., equipa, empresa, cliente).		
2. É aceitável tirar algo sem permissão, desde que se tenha uma boa desculpa.		
3. É aceitável quando as pessoas, em certos momentos, se exibem, uma vez que as pessoas, no geral, têm tendência para se autovalorizarem.		
4. As pessoas não devem ser responsabilizadas por fazerem coisas questionáveis, quando se limitam a cumprir ordens.		
5. As pessoas não devem ser culpabilizadas por fazerem coisas que são, tecnicamente, erradas, quando todos os seus colegas também o fazem.		
6. Tirar proveito pessoal de ideias que pertencem aos outros não tem importância.		
7. Quando se está perante pessoas más, não há problema em trata-las de forma severa.		
8. As pessoas que são maltratadas, geralmente, fizeram algo que justificou esse tratamento.		

Nota. Escala de propensão para o descomprometimento moral (Moore et al., 2012).