



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Lesões musculoesqueléticas, Presentismo e Bem-estar subjetivo em contexto de trabalho

Maria Margarida Fortio Godinho Gastão Lucas

Mestrado em Ciências em Emoções

Orientadora:

Doutora Sónia Marisa Pedroso Gonçalves Bogas, Professora Auxiliar,
ISCSP – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa

Coorientador:

Doutor Aristides Isidoro Ferreira, Professor Associado,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2023



CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Lesões musculoesqueléticas, Presentismo e Bem-estar subjetivo em contexto de trabalho

Maria Margarida Fortio Godinho Gastão Lucas

Mestrado em Ciências em Emoções

Orientadora:

Doutora Sónia Marisa Pedroso Gonçalves Bogas, Professora Auxiliar,
ISCSP – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa

Coorientador:

Doutor Aristides Isidoro Ferreira, Professor Associado,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2023

*Aos profissionais de RH,
Que todos os dias procuram contribuir para o bem-estar
Dos colaboradores das organizações onde trabalham*

*E aos colaboradores,
Para que percam o medo de pedir ajuda
Quando sofrem de doença física ou psicológica*

Agradecimento

Para começar, gostaria de agradecer a várias partes que foram importantes neste ciclo, inicialmente marcado por uma pandemia e máscaras nos rostos.

Um enorme obrigada à professora Sónia Gonçalves por ter aceitado o convite para ser minha orientadora. Tive o prazer de ser sua aluna em várias unidades curriculares quando frequentava a licenciatura, o que me permitiu admirá-la enquanto profissional por tudo aquilo que tem conquistado e, por isso, não podia ter feito uma escolha melhor. Obrigada por disponibilizar muito do seu tempo para as nossas reuniões, trocas de emails ou de mensagens, mesmo durante períodos de férias e obrigada por me acudir sempre que as coisas pareciam estar a correr menos bem. Ajudou-me a criar várias alternativas e brindou-me com palavras de apoio e de ânimo, que me fizeram nunca desistir.

Quero agradecer também ao professor Aristides Ferreira, que desde logo abraçou a responsabilidade de ser meu coorientador e não tardou em começar por me dar conselhos para a realização do meu trabalho e empenho sob o mesmo. Além disso, a sua simpatia e prontidão para me auxiliar a cada instante que surgiam incertezas, fez-me sentir ainda mais motivada.

À Dra. Sofia Frade, um grande obrigada pelo tempo que dispensou para o esclarecimento de todas as minhas dúvidas sobre as funcionalidades do Qualtrics que eu precisava para o meu questionário, oferecendo-se até para fazer uma reunião via zoom para me ajudar.

Agradeço à professora Patrícia Arriaga e aos outros professores do curso de Mestrado em Ciências em Emoções, assim como a todos os meus colegas de turma, sobretudo àqueles com quem fiz vários trabalhos de grupo e troquei apontamentos ao longo deste percurso.

Também agradeço aos melhores colegas de casa – Afonso, António, Mariana, Pedro e Xavier –, que me viram rumar a mais um objetivo e estiveram presentes no espaço de dois anos em diversos momentos de aperto e outros tantos de felicidade.

Não podia deixar de agradecer aos meus grandes amigos de infância – Catarina e Gonçalo –, por todos os cafés que combinámos que me fizeram largar o computador por umas horas para ir conversar e descontraír um pouco desta fase e pelas mensagens que trocámos sempre com palavras de incentivo e conforto. Cabe-me ainda agradecer ao Daniel pelo apoio diário através de conversas, abraços e caminhadas, pelos risos e choros, pelas partilhas sobre séries, música, futebol ou ténis, pela paciência e pela manifestação constante de orgulho na minha pessoa.

Aos meus pais, agradeço por acreditarem em mim e me encorajarem a chegar aqui. Aos meus avós quero agradecer pelo carinho e pelas infinitas idas à horta para desanuviar. À restante família, obrigada pela preocupação em questionarem como estava a decorrer o trabalho sempre que estavam comigo.

E, como sou uma pessoa de fé, agradeço ainda a Deus e a Nossa Senhora por me guiarem neste caminho a alocar as forças necessárias, principalmente em dias de menor motivação ou alguma angústica e em especial durante este último ano.

Resumo

As lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho têm vindo a ser um dos riscos profissionais alvo de preocupação devido às suas inúmeras consequências físicas e psicológicas. Este estudo teve como principais objetivos descrever as lesões musculoesqueléticas decorrentes do trabalho em atividades administrativas e não administrativas e interligar a experiência das lesões musculoesqueléticas com o presentismo e o bem-estar subjetivo, para responder à questão de investigação: As lesões musculoesqueléticas relacionam-se com o presentismo e com o bem-estar subjetivo em atividades administrativas e não administrativas? No total, 168 participantes entre os 18 e os 66 anos de idade responderam a um questionário online que incluiu dados sociodemográficos e medidas validadas anteriormente na literatura. Nos resultados destaca-se a região lombar pela sua prevalência de sintomas nos últimos 12 meses a par com o pescoço e nos últimos 7 dias e é uma das regiões que mais impediu os participantes de realizar as suas atividades, ao lado do pescoço e dos ombros. Verificou-se a inexistência de relação entre o ramo de trabalho e as lesões musculoesqueléticas. Os participantes com lesão nos cotovelos e nos tornozelo e pés apresentaram mais afeto negativo. A distração evitada correlaciona-se somente com o afeto negativo, mas o trabalho completado aparenta relacionar-se com ambos os afetos. O número de lesões musculoesqueléticas tem influência nas perdas de produtividade associadas ao presentismo mas não na afetividade. Estes resultados permitem responder afirmativamente à questão de investigação e reforçam a importância de apostar na prevenção em matéria de segurança e saúde no trabalho.

Palavras-chave: Bem-estar subjetivo; Emoções; Lesões musculoesqueléticas; Presentismo.

Abstract

Work-related musculoskeletal injuries have become one of the professional risks of concern due to their numerous physical and psychological consequences. The main objectives of this study were to describe musculoskeletal injuries resulting from work in administrative and non-administrative activities and to link the experience of musculoskeletal injuries with presenteeism and subjective well-being, to answer the research question: Are musculoskeletal injuries related to presenteeism and subjective well-being in administrative and non-administrative activities? In total, 168 participants between 18 and 66 years of age answered an online questionnaire that included sociodemographic data and previously validated measures in the literature. In the results, the lumbar region stands out for its prevalence of symptoms in the last 12 months along with the neck and in the last 7 days and it is one of the regions that most prevented the participants from carrying out their activities, alongside the neck and shoulders. There was no relationship between the type of work and musculoskeletal injuries. Participants with injuries to the elbows and ankles and feet showed more negative affect. Avoided distraction correlates only with negative affect, but completed work appears to correlate with both affects. The number of musculoskeletal injuries has an influence on productivity losses associated with presenteeism but not on affectivity. These results allow an affirmative answer to the research question and reinforce the importance of investing in prevention in terms of safety and health at work.

Keywords: Subjective well-being; Emotions; Musculoskeletal injuries; Presenteeism.

Índice

Agradecimento	iii
Resumo.....	v
Abstract	vii
Índice de Quadros.....	xi
Índice de Figuras	xi
Índice de Tabelas.....	xi
Glossário.....	xiii
Introdução.....	1
CAPÍTULO 1	3
Revisão de Literatura	3
1.1. Lesões musculoesqueléticas	3
1.1.1. Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho.....	5
1.1.2. Ergonomia em trabalho administrativo	10
1.2. Presentismo.....	11
1.3. Emoções e trabalho.....	16
1.3.1. Bem-estar subjetivo	19
1.3.1.1. Bem-estar subjetivo no local de trabalho	21
1.4. O presente estudo.....	23
CAPÍTULO 2	25
Metodologia	25
2.1. Procedimento de recolha de dados	25
2.2. Procedimento de análise de dados	26
2.3. Participantes.....	26
2.4. Medidas	27
CAPÍTULO 3	29
Resultados	29
3.1. Análise descritiva das variáveis do estudo	29
3.1.1. Sintomatologia de LME nos últimos 12 meses.....	30
3.1.2. Sintomatologia de LME nos últimos 7 dias	31
3.1.3. Impedimento de realização das atividades normais	31

3.1.4.	Intensidade da dor sentida	33
3.1.5.	Número de regiões corporais afetadas	34
3.2.	Caraterização das LME decorrentes do trabalho em atividades administrativas e não administrativas	35
3.3.	Caraterização do presentismo	38
3.4.	Vivência das LME com o Presentismo.....	39
3.5.	Vivência das LME com o BES.....	39
3.6.	Relação dos Afetos e do Presentismo com a Intensidade da dor.....	40
3.7.	Correlação entre Intensidade da dor, Presentismo e BES	42
3.8.	Correlação entre BES e Presentismo	43
3.9.	Influência do número de regiões afetadas nos AP, AN e Presentismo.....	43
CAPÍTULO 4	.....	45
Discussão dos resultados	.....	45
4.1.	Limitações do estudo	51
4.2.	Propostas futuras.....	52
4.3.	Contribuições práticas	53
4.4.	Contribuições teóricas	54
CAPÍTULO 5	.....	55
Conclusões	.....	55
Referências Bibliográficas	.....	57
Anexo A: Questionário.....		67
Anexo B: Consentimento Informado		79
Anexo C: <i>Debriefing</i> / Explicação da investigação		81

Índice de Quadros

Quadro 1.1 - Metodologia de identificação e avaliação do risco de LMERT.....	7
Quadro 1.2 - Processo de hierarquização do risco de LMERT	8
Quadro 1.3 - Procedimentos para prevenir as LMERT.....	10

Índice de Figuras

Figura 1.1 - Exercícios a realizar no posto de trabalho.....	9
--	---

Índice de Tabelas

Tabela 3.1 - Distribuição da amostra de acordo com os seus sintomas	29
Tabela 3.2 - Distribuição da amostra consoante o número de vezes que nos últimos 12 meses foi trabalhar, embora o estado de saúde implicasse uma licença médica	30
Tabela 3.3 - Cruzamento entre o ramo de trabalho e o género	30
Tabela 3.4 - Frequência de LME em nove regiões corporais.....	32
Tabela 3.5 - Distribuição da amostra relativamente à intensidade da dor.....	34
Tabela 3.6 - Distribuição da amostra relativamente ao número de regiões com LME	35
Tabela 3.7 - Relação entre o tipo de lesões e o ramo de trabalho administrativo e não administrativo.....	37
Tabela 3.8 - Diferenças positivas significativas entre os diferentes níveis de intensidade da dor	42
Tabela 3.9 - Correlação da intensidade com DE, TC, AP e AN (R de Pearson)	42
Tabela 3.10 - Correlação entre AN, AP, DE e TC (R de Pearson)	43

Glossário

- APSEI – Associação Portuguesa de Segurança
- BES – Bem-estar subjetivo
- BIT – Bureau Internacional do Trabalho
- DE – Distração Evitada
- EU-OSHA – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
- IE – Inteligência Emocional
- IMC – Índice de massa corporal
- LME – Lesões musculoesqueléticas
- LMELT – Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho
- LMERT – Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho
- OIT – Organização Internacional do Trabalho
- REI – Regulação Emocional Interpessoal
- SPMT – Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho
- SST – Segurança e saúde no trabalho
- TC – Trabalho Completado ou Trabalho Concluído

Introdução

Em 1986, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu como fatores de risco psicossocial no trabalho as “Interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as capacidades, necessidades, cultura e considerações pessoais extratrabalho dos trabalhadores que podem, através de percepção e da experiência, influenciar a saúde, o rendimento no trabalho e a satisfação profissional” (p. 3). As lesões musculoesqueléticas (LME) podem ser diversas, derivam de vários fatores (EU-OSHA, 2021), representam-se como uma consequência dos riscos psicossociais (DGS, 2021) e pertencem ao grupo de doenças crónicas não transmissíveis mais comuns (Branco et al., 2016; Wainwright et al., 2022), que consomem muitos recursos sociais e de saúde (Krüger et al., 2015). Além disso, continuam a ser apontadas na Europa como um dos principais tipos de problemas de saúde relacionados com o trabalho que se desenvolvem ao longo do tempo (EU-OSHA, 2021), de tal modo que, em 2013, representaram 60% das doenças no trabalho na UE e 52% dos indivíduos declarou ter alguma LME, em Portugal (EU-OSHA, 2019).

Neste seguimento, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) lançou uma campanha à escala europeia para o período de 2020 a 2022 com o título de: “Locais de trabalho saudáveis aliviam a carga”, tendo como ponto central a prevenção de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, através do esforço conjunto dos *stakeholders*. Coincidentemente com esta campanha, no ano de 2020 caiu sobre o mundo a pandemia covid-19, um período assinalado pela mudança na forma de se olhar para o trabalho e para questões de saúde. Houve um crescimento do teletrabalho que conduziu a um aumento das LME (EU-OSHA, 2021) e mudanças a nível da saúde mental, onde se assistiu, inicialmente a um impacto negativo no bem-estar subjetivo (BES) (Foa et al., 2020) com uma queda acentuada nos níveis gerais de satisfação com a vida (Cheng et al., 2020). As LME e as queixas relativas a LME (dor física) estão associadas ao ato de presentismo e também à perda de produtividade (Pohling et al., 2016), pois a dor manifesta-se no decorrer das atividades do dia-a-dia, causando angústia e sofrimento (Gureje et al., 1998).

A literatura das LME e a sua relação com as emoções e o presentismo é dispersa e escassa, pelo que o presente estudo tem como principal objetivo perceber se as LME se relacionam com o presentismo e com o BES em atividades administrativas e não administrativas. Assim, as LME serão averiguadas em nove regiões corporais/zonas anatómicas, segundo o Questionário

Nórdico Musculoesquelético de Mesquita et al. (2010) com base em Kuorinka et al. (1987) e analisadas com o BES e com o presentismo, de forma a perceber as relações existentes entre as três variáveis. No que corresponde ao BES, o enfoque passará pelos afetos que pertencem ao nível 1 do modelo criado por Ashkanasy (2003) e também focará a visão hedónica do bem-estar pois os inquiridos responderão consoante a avaliação sobre o seu nível de satisfação com a vida (Angner, 2010; Diener et al., 1999). O presentismo será tratado de acordo com duas linhas de pensamento (Johns, 2010), apurando a periodicidade do comportamento e a produtividade laboral devido às lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT).

Portanto, esta investigação pretende fornecer *insights* para as práticas de gestão de recursos humanos, nomeadamente ao nível da segurança e saúde no trabalho (SST), e para a psicologia organizacional, com o intuito de promover locais de trabalho saudáveis. A literatura aponta que a caracterização das situações de risco de LME através de métodos de identificação mais rígidos para uma melhor avaliação do risco (SPMT, 2008) e avaliação do comportamento adotado pelos indivíduos nas organizações derivado da relação existente entre LME, presentismo e emoções, instigando as organizações e os seus colaboradores a unir-se na criação de uma cultura, na qual indivíduos se sintam destemidos para tirarem tempo para a sua recuperação enquanto doentes (Kinman & Grant, 2021), física ou psicologicamente, e não optarem pelo comportamento de presentismo que é também um fator de risco alusivo a faltas futuras por doença e decréscimo na autoavaliação da saúde (Skagen & Collins, 2016).

A dissertação está organizada em torno dos seguintes capítulos: Revisão de Literatura; Metodologia; Resultados; Discussão; e Conclusões. Na revisão de literatura é apresentado o enquadramento, com base em autores sobre as LME, o presentismo e as emoções no trabalho, incluindo o BES. Na metodologia são descritos os procedimentos de recolha e análise de dados, bem como os participantes e as medidas utilizadas no estudo. Depois, são exibidos os resultados e, logo de seguida a discussão proveniente dos mesmos, frisando as limitações do presente estudo, dando sugestões para pesquisas futuras e mostrando algumas contribuições práticas e teóricas. Por último, é elaborada uma conclusão que integra os vários contributos do trabalho.

CAPÍTULO 1

Revisão de Literatura

1.1. Lesões musculoesqueléticas

As LME têm vindo a ser consideradas pela EU-OSHA (2021) um dos principais problemas de saúde que tem tendência para se desenvolver ao longo do tempo e, conseqüentemente, os colaboradores, as organizações e a sociedade são afetados (Lourenço & Luís, 2021), uma vez que estas doenças consomem uma grande quantidade de recursos sociais e de saúde (Krüger et al., 2015). Quanto às estatísticas, a mais recente encontrada compara os anos de 2010 e 2015, nos quais Portugal relatou valores de 73% e de 54%, de trabalhadores que afirmavam ter sofrido de uma ou mais doenças musculoesqueléticas nos últimos 12 meses, respetivamente, o que sugere uma diminuição (EU-OSHA, 2019). Todavia, os resultados têm de ser lidos com cautela porque o instrumento utilizado sofreu algumas alterações, tendo sido acrescentadas questões sobre temas emergentes na altura, além das perguntas já mencionadas em questionários anteriores para serem feitas análises ao longo do tempo.

Estas lesões são causadas ou agravadas por consequência da ação de fatores de risco profissionais (APSEI, 2022) e podem ser entendidas como distúrbios que afetam o aparelho locomotor abarcando os músculos, as articulações, os tendões, os ligamentos, os nervos, as cartilagens, os ossos e doenças localizadas no aparelho circulatório (Da Costa & Vieira, 2010; Punnett & Wegman, 2004). Normalmente são agregadas consoante a área principal do aparelho musculoesquelético à qual pertencem, ou seja, (1) Costas; (2) Membros inferiores (ancas, pernas, joelhos, pés, etc.); e (3) Membros superiores (ombros, pescoço e/ou braços, mãos) (EU-OSHA, 2022). Manifestam-se após um esforço repentino, tendo como exemplo a ação de levantar um objeto pesado ou podem despontar do esforço e da força exercida através dos mesmos movimentos repetitivos, vibrações ou posturas inadequadas (Kumaraveloo & Lunner Kolstrup, 2018).

Para Putz-Anderson (1988), citado em Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (SPMT) (2021), existem três categorias que agrupam as LME: “(1) lesões localizadas ao nível dos tendões e bainhas, que incluem, de modo geral, as tendinites, as tendinoses e as tenossinovites, a doença de De Quervain e os quistos das bainhas dos tendões; (2) lesões dos nervos, que reúnem todas as síndromes canaliculares e (3) lesões neuro-vasculares, que

englobam todas as patologias onde exista contacto entre os nervos e os vasos sanguíneos, assim como as síndromes de exposição a vibrações” (p. 19).

As LME derivam da combinação de vários fatores de risco que se dividem em fatores físicos e biomecânicos, fatores organizacionais e psicossociais e fatores individuais (EU-OSHA, 2021). Segundo a EU-OSHA (2021) e Barbe et al. (2013) os fatores físicos e biomecânicos, relacionam-se com a movimentação de cargas (principalmente pesadas que resultam essencialmente em lesões agudas e que ocorrem devido aos movimentos de torção e de flexão); movimentos sujeitos a demasiada repetição ou elevado esforço; perduração numa postura não neutra intercalada com intervalos de curta duração; ambientes de trabalho pouco saudáveis nos quais predominam a pouca iluminação, temperaturas baixas e exposição a vibrações; trabalho em ritmo acelerado; a permanência durante muito tempo na mesma posição, seja em pé ou sentado. Estes fatores, para além de poderem contribuir para o desenvolvimento de LME, podem ainda levar a transtornos de nível psicossocial, por exemplo dores musculoesqueléticas prolongadas podem vir a causar depressão (EU-OSHA, 2021).

Relativamente aos fatores organizacionais e psicossociais a EU-OSHA (2021), Sprigg et al. (2007) e Hauke et al. (2011) sugerem que um grupo de fontes de stress influencia as LME nos locais de trabalho, como as altas exigências no trabalho e, por oposição uma baixa autonomia; a realização de poucas pausas, que caso sucedessem num maior número de vezes, serviriam de trampolim para a mudança de postura; a adoção de um ritmo de trabalho acelerado, verificado também graças à introdução de novas tecnologias; o trabalho em turnos e por longas horas; a existência de riscos psicossociais na organização como a intimidação, o assédio e a discriminação no local de trabalho; e os níveis baixos de satisfação no trabalho resultantes de uma estrutura social fraca e tensão no trabalho.

O historial médico, a capacidade física e até o estilo de vida e hábitos, tais como o tabagismo ou a inatividade física fazem parte dos fatores individuais indicados pela EU-OSHA (2021). Neste caso, o sexo e a forma física são elementos nos quais há maior diferença. Por norma, as mulheres são mais propícias a contrair LME do que os homens (Barbe et al., 2013). Por exemplo, um estudo realizado em indústrias que comparou homens e mulheres com distúrbios musculoesqueléticos nas extremidades superiores ditou precisamente que estes são mais prevalentes em pessoas do sexo feminino (Almeida & Fernandes, 2017). Indivíduos obesos têm maior probabilidade de desenvolver LME, com maior incidência na região lombar (Kerr et al., 2001).

Quando fatores psicossociais e organizacionais ocorrem em simultâneo com fatores físicos intensificam o risco de LME devido por exemplo ao stress, fadiga ou ansiedade (EU-OSHA,

2021). A título de exemplo, no decorrer do EpiReumaPT – o inquérito nacional de saúde (que representou um estudo nacional, transversal e de base populacional), a dor lombar foi associada tanto à ansiedade como a sintomas depressivos (Branco et al., 2016). Ademais, queixas relacionadas com LME estão associadas ao fenómeno de presentismo, visível através de uma qualidade do trabalho abaixo do que é normal e às perdas de produtividade relacionada à saúde (Pohling et al., 2016).

1.1.1. Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho

Embora as LME não sejam unicamente causadas pelo trabalho, podem ser uma consequência das características físicas do trabalho demasiado exigentes que causam desconforto ergonómico (EU-OSHA, 2022) desencadeadas por fatores de risco profissionais, nomeadamente, ritmo de trabalho rápido e padronizado; tempo de recuperação insuficiente; levantamento de peso e esforços manuais vigorosos; posturas corporais incorretas ou estáticas; concentrações de pressão mecânica; vibração segmentar ou de corpo inteiro; exposição local ou de corpo inteiro ao frio (Punnett & Wegman, 2004).

Em contexto organizacional, estas lesões passam a ser denominadas lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) ou LMERT. No entanto, a sigla LMELT é menos usual por ter sido considerado pela SPMT, em 2008, um termo mais abrangente que assume que o trabalho está envolvido na etiologia ou na história natural da doença e associada a um “conjunto de situações clínicas muito diversas (e diversificadas) que vão desde sintomas a quadros nosológicos e incluem doenças profissionais, doenças relacionadas com o trabalho e até doenças agravadas pelo trabalho” (Serranheira et al., 2012, p. 195). Estas doenças são uma explicação notável de absentismo que leva a outras doenças, entre elas, invalidez precoce e reforma forçada (Krüger et al., 2015), o que demonstra uma qualidade de vida relacionada com saúde consideravelmente pior, acompanhada de um aumento do consumo de recursos de saúde (Branco et al., 2016).

Conforme a Associação Portuguesa de Segurança (APSEI) (2022), 3 em cada 5 colaboradores são afetados por LMERT. Punnett e Wegman (2004) apontam a região lombar, o pescoço, os ombros, o antebraço e a mão como as zonas anatómicas mais afetadas pelas LMERT. Sobre a mesma questão, a EU-OSHA (2021) afirma que as LMERT afetam sobretudo as costas, o pescoço, os ombros, os membros superiores e os membros inferiores.

De acordo com a mesma agência, a partir de 2020, devido à pandemia covid-19 o teletrabalho a partir de casa teve um grande crescimento e não só revela ter variadas vantagens como poupança de tempo, equilíbrio entre as vidas profissional e familiar ou maiores níveis de

produtividade e concentração, mas também consequências negativas no que toca à saúde dos teletrabalhadores, nomeadamente ao contribuir para formação e aumento de LME em razão das longas horas de trabalho na posição sentada, muitas vezes em locais desapropriados como a cama ou o sofá. Por isso, em primeiro lugar, o empregador deve realizar uma avaliação dos riscos do local de trabalho no domicílio para perceber se a ergonomia e o ambiente estão devidamente ajustados e formar os indivíduos com o intuito de aprender a dinâmica do teletrabalho no qual devem procurar fazer exercício, mudar a sua postura, fazer pausas regulares e continuar a contactar colegas e supervisores, combatendo o isolamento social.

E como se pode avaliar o risco de LMERT? Segundo a APSEI, apesar de não ser a única solução, pois cada caso é um caso e deve ter-se em conta aspetos como a gravidade, pode avaliar-se o risco de LMERT mediante a resposta às seguintes perguntas – Quando?; Como?; Métodos; Que custos?; Quem?; Competência sem Ergonomia – apresentadas no Quadro 1.1 Após este procedimento, colocam-se por ordem os vários postos de trabalho consoante uma escala de maior ou menor necessidade de intervenção, através da analogia das cores do tipo semáforo representado no Quadro 1.2.

Quadro 1.1

Metodologia de identificação e avaliação do risco de LMERT. Adaptado do Guia de Orientação para a Prevenção das LMERT (DGS – Direção Geral da Saúde)

		(B) métodos de observação dos postos de trabalho aplicados:		
	(A) listas de verificação e identificação de fatores de risco	(B1) no local de trabalho	(B2) em registos de vídeo	(C) medição com recurso a instrumentação
Quando?	Todos os postos de trabalho	Postos de risco provável	Locais de risco elevado	Situações de trabalho complexas
Como?	Observações e registos	Observações e avaliações quantitativas	Avaliações quantitativas	Avaliações especializadas
Métodos	Listas de verificação e identificação de fatores de risco	Métodos de observação no local de trabalho	Métodos de observação em registos de vídeo	Recurso a instrumentação
Que custos?	Negligenciáveis 10 minutos/posto	Baixos 1 h/posto	Moderados 1 a 2 dias/posto	Elevados 1 a 2 semanas/posto
Quem?	Trabalhadores c/formação específica	Trabalhadores + Técnicos	Técnicos	Peritos
Competência sem Ergonomia	Fracas	Moderadas	Elevadas	Especialistas

Nota. Retirado de <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/as-lesoes-muscoesqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-lmert/>

Quadro 1.2

Processo de hierarquização do risco de LMERT segundo a DGS.

Cor	Risco	Ação
Verde	Reduzido	Manter em observação
Amarelo	Moderado	Intervenção necessária
Vermelho	Elevado	Intervenção urgente

Nota. Retirado de <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/as-lesoes-muscoesqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-lmert/>

Segundo Corticeiro (2018), um dos objetivos principais nesta temática que é urgente e essencial passa por minimizar as LME para que as pessoas possam envelhecer com qualidade de vida. Por esse motivo, existe a necessidade de investir em estratégias de prevenção (Lourenço & Luís, 2021) que envolvam programas assentes em princípios de ergonomia e que integrem uma avaliação holística de todos os componentes de trabalho (David, 2005). Uma das formas de combate poderá ser o treino regular de exercícios a realizar no posto de trabalho, também denominados como ginástica laboral, tal como os representados na Figura 1.1, apontado como uma prioridade para um estilo de vida saudável (Krüger et al., 2015). Para além disto, a EU-OSHA (2020) sugere que, apesar de não substituir uma avaliação formal dos riscos, o mapeamento do corpo e dos perigos deve fazer parte do processo de prevenção das LME e na qual é indispensável a presença dos colaboradores que, através de adesivos ou canetas de cores diferentes, devem assinalar em modelos de mapas corporais masculinos ou femininos, as zonas onde sentem dor, bem como destacar os locais de perigo na planta do local onde executam o seu trabalho, identificando os sintomas comuns que devem ser tratados com maior brevidade.

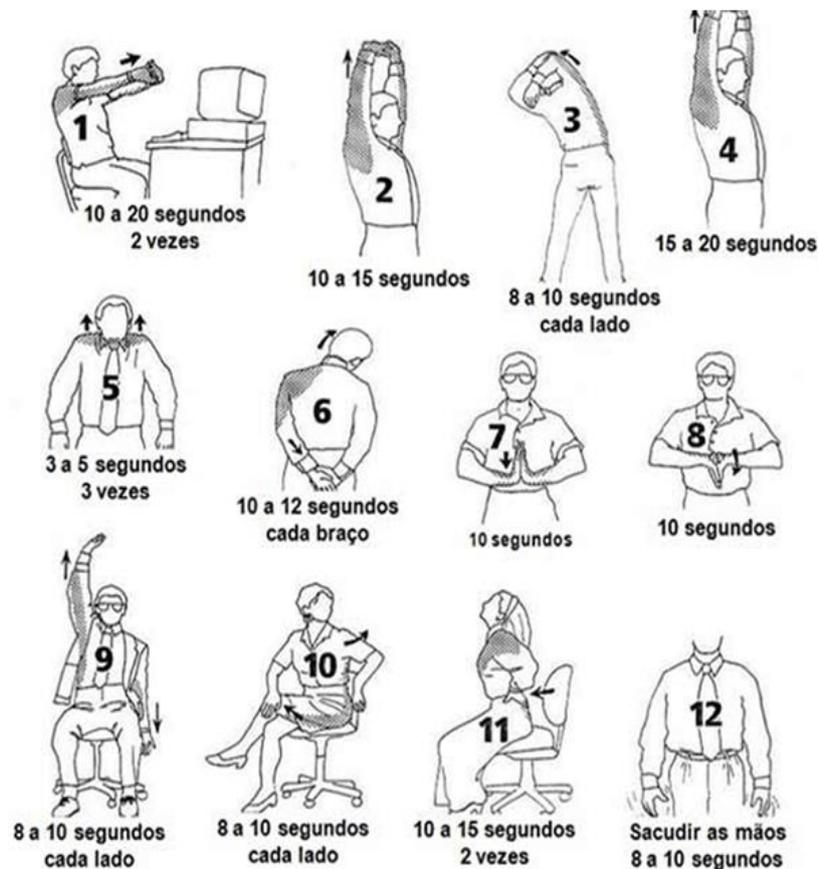


Figura 1.1

Exercícios a realizar no posto de trabalho

(Retirado de <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/as-lesoes-muscoesqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-lmert/>)

Por exemplo, o aprimoramento dos níveis de satisfação no trabalho e do controle de trabalho reduzem os distúrbios nas costas (17-69 por cento) e os distúrbios nos punhos (37-84 por cento), respetivamente (Punnett & Wegman, 2004). De acordo com as informações no site da APSEI, a prevenção das LMERT deve abranger todos os colaboradores de uma organização e não somente aqueles que apresentam queixas musculoesqueléticas. Perante um modelo de gestão existem quatro pontos chave para reduzir o risco de lesões – (1) analisar a ergonomia do trabalho; (2) avaliar o risco de LMERT; (3) vigiar a saúde dos trabalhadores; e (4) informar e formar os trabalhadores – que se encontra mais detalhado no Quadro 1.3. Portanto, para a APSEI as organizações devem preocupar-se em intervir de forma precoce, contribuir para uma reabilitação eficaz e participativa e planear o regresso ao trabalho, que inclui horários flexíveis, ferramentas e equipamento ergonómico à disposição para que os colaboradores se possam adaptar ao seu local de trabalho.

Quadro 1.3

Procedimentos para prevenir as LMERT

Análise ergonómica do trabalho		Avaliação do risco		Vigilância médica do trabalhador		Informação e formação dos trabalhadores
<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de força• Frequência de gestos• Postura• Desenvolvimento de planos e programas de prevenção	→	<ul style="list-style-type: none">• Utilização de métodos de avaliação do risco, em função dos níveis de risco	→	<ul style="list-style-type: none">• O médico do trabalho que avalia precocemente, a relação entre os fatores de risco e o aparecimento de queixas relacionadas com o trabalho	→	<ul style="list-style-type: none">• Formação aos trabalhadores expostos e fatores de risco e os que estão ligados ao processo produtivo• A formação não deve substituir a intervenção nos postos de trabalho

Nota. Adaptado e Retirado de <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/as-lesoes-muscoesqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-lmert/>

1.1.2. Ergonomia em trabalho administrativo

Ao abordar o tema das LMERT, torna-se basilar fazer uma alusão ao conceito de ergonomia e suas envolventes, uma vez que esta é fundamental na área da SST, sendo por isso, dois tópicos que devem ou deveriam caminhar sempre de mãos dadas.

Como referido anteriormente, quando um trabalhador apresenta alguma LME, tanto este como o empregador são afetados de variadas formas. Assim sendo, ao aplicar princípios de ergonomia nos locais de trabalho está a contribuir-se para melhores condições de trabalho transformando-o num ambiente mais saudável e mais seguro, bem como para o aumento dos níveis de produtividade, considerada uma vantagem para o empregador (BIT, 2009).

Então, o conceito de ergonomia preocupa-se em adaptar as tarefas e adequar os espaços aos colaboradores com o intuito de não serem desenvolvidos problemas de saúde pelos mesmos (BIT, 2009). Desta forma, caso sejam dadas aos trabalhadores as ferramentas essenciais e definidas consoante as condições de cada um, como os níveis de força individual ou as alturas, formas e tamanhos, está implícito o objetivo primordial de prevenção que se reflete na redução ou extinção na íntegra do risco de adquirir LME (BIT, 2009).

Para poder aplicar corretamente os princípios ergonômicos, numa forma de prevenir e solucionar problemas deve ser realizado previamente um estudo e diagnóstico das condições de trabalho envolvendo os colaboradores, visto que são eles quem melhor conhece as tarefas e ferramentas de trabalho a que estão expostos diariamente (BIT, 2009).

Por ser um trabalho com pouco ou nenhum esforço físico, muitos não acreditam que é um ambiente propício ao desenvolvimento de problemas de saúde e segurança. No entanto, grande parte de quem aqui trabalha afirma que o principal risco ao qual estão expostos é o stress, o que acaba por ter influência no resto do trabalho. Fora isso, também as máquinas mais comuns em ambientes de escritório, nomeadamente as fotocopiadoras são uma fonte de riscos químicos. Segundo o Bureau Internacional do Trabalho (BIT) (2009) e a APSEI (2022) ainda importa referir os espaços pouco ou incorretamente iluminados, as temperaturas ambiente desadequadas, certos ruídos, a má conceção ergonómica do mobiliário de escritório (bancos, cadeiras, mesas, etc.) e o cansaço e desconforto causados pelos computadores, incluindo os monitores, os ratos e os teclados, que muitas das vezes não estão ajustados às características físicas de cada trabalhador. Deste modo, o trabalho administrativo deve ter uma preocupação crescente em diversificar as suas tarefas para que os trabalhadores não estejam sentados na totalidade dos seus dias. Para além disso, deve haver cuidado na escolha de boas cadeiras com bom apoio de costas e que permitam boa agilidade ao trabalhador, no sentido de se mover facilmente ao mudar a posição das pernas e de trabalho (BIT, 2009).

Portanto, ainda há um esforço a ser feito no que toca à falta de investimento em ergonomia e na prevenção das LME que tem revelado implicações no comportamento organizacional, por exemplo conduzindo a situações de presentismo, uma vez que, para muitos colaboradores é comum ir trabalhar apesar de estarem a enfrentar problemas musculoesqueléticos (Johns, 2011), e sendo este um problema de saúde irá afetar o BES desses indivíduos que, por sua vez, verão as suas vidas significativamente modificadas (Diener et al., 2018).

1.2. Presentismo

Derivado da relação existente entre o trabalho e a saúde dos colaboradores, o fenómeno psicossocial denominado presentismo (Shimabuku & Mendonça, 2018) despoletou drasticamente após a recessão económica global e a crise financeira que incluiu cortes no orçamento da saúde (Ferreira et al., 2017) e se fez sentir principalmente a partir do ano de 2008, obrigando uma grande quantidade de organizações a realizar *downsizing* ou o seu fecho, o que veio modificar os ambientes de trabalho (Lu et al., 2013).

Johns (2010) interessou-se por estudar este fenómeno que era percebido como a experiência de estar fisicamente no local de trabalho, sem reunir todas as condições fisiológicas necessárias para trabalhar e produzir em pleno (Hemp, 2004; Martinez et al., 2007). Portanto, mesmo adoentados, os colaboradores permanecem nas suas atividades de trabalho (Dale & Dias, 2018), embora, muitas vezes, necessitem de uma licença médica (Bierla et al., 2013). Entretanto surgiram duas linhas de pensamento separadas pelo oceano Atlântico. Na perspectiva da pesquisa britânica e europeia, a preocupação maior sobrevoava na periodicidade do ato de presentismo e em como os aspetos ocupacionais se refletiam nele (Johns, 2010). De outro lado, a perspectiva desenvolvida, em particular, nos Estado Unidos da América olhava para o presentismo em termos de perdas de produtividade laboral devido a doença, riscos à saúde e condições médicas específicas (Pohling et al., 2016), ignorando as causas do seu aparecimento (Johns, 2010). Desta forma, a produtividade dos mesmos situa-se abaixo da média (Cooper & Dewe, 2008) porque o desempenho fica aquém da capacidade ideal (Grawitch et al., 2017), uma vez que as suas funções não são cumpridas na totalidade devido a problemas de ordem física ou psicológica, podendo reduzir-se pelo menos em um terço (Hemp, 2004).

Seja qual for a doença, pode causar consequências a nível da capacidade cognitiva, recursos físicos e psicológicos (Zhou et al., 2016). Hemp (2004) divide as doenças transportadas para o trabalho em crónicas ou episódicas, como alergias sazonais, asma, todos os tipos de dores de cabeça, dores nas costas, artrite (que torna o trabalho manual mais difícil), distúrbios gastrointestinais e depressão. As LME, foco deste estudo, apresentam-se predominantes a nível de doenças físicas (Ferreira et al., 2010) estando não só associadas ao ato de presentismo, mas também às perdas de produtividade ligadas à saúde (Pohling et al., 2016). No mesmo sentido, através do Modelo Dinâmico de Presentismo, Johns (2010) divide também as doenças levadas para o trabalho em agudas (por exemplo, gripe), crónicas (por exemplo, diabetes) ou episódicas (por exemplo, enxaquecas). Segundo Landry e Miller (2010) a literatura do presentismo tem-se focado mais sobre os problemas de saúde crónicos, que sendo específicos tendem a variar conforme a cultura (Garczynski et al., 2013) e tem-se focado menos nas doenças consideradas agudas e transmissíveis.

Apesar de existirem abordagens diferentes relativamente ao presentismo, existe atualmente consenso nesta definição, caracterizada por episódios em que os colaboradores decidem ir trabalhar, embora deveriam ficar em descanso e tirar licença médica por apresentarem algumas queixas e problemas de saúde (Aronsson & Gustafsson, 2005; Lima et al., 2019), que não só afetam a quantidade como também a qualidade de trabalho. Como consequência os colaboradores tendem a trabalhar mais lentamente, a repetir tarefas e estão mais propensos a

cometer um maior número de erros ou com mais gravidade (Hemp, 2004). Por isso, há indícios que apontam o presentismo como uma preocupação crescente para os académicos, para profissionais de saúde e para empregadores e organizações (Bierla et al., 2013; Deery et al., 2014; Lohaus & Habermann, 2019; Whysall et al., 2022). Talvez esta preocupação e interesse não tenham surgido antes porque o presentismo não é registado, o que significa que não é fácil de analisar e, portanto, estatisticamente difícil de identificar (Bierla et al., 2013). Para além de representar um problema para os colaboradores, aparentemente o presentismo consegue ter um custo superior para as organizações, em comparação com despesas relativas a medicamentos e tratamentos médicos e terapêuticos prestados aos colaboradores (Hemp, 2004). Também segundo Ferreira et al. (2010), o presentismo representa perdas significativas no posto de trabalho quando é feita uma avaliação económica das perdas de produtividade. Tais perdas têm implicações económicas negativas, para além de afetarem o rendimento global das empresas (Martinez et al., 2007; Martinez & Ferreira, 2012) e serem um custo indireto para a sociedade (Van den Heuvel et al., 2010).

O fenómeno do presentismo ocorre até mesmo perante doenças mais graves (Landry & Miller, 2010) e são inúmeras as causas para a sua presença (Johns, 2010). Normalmente tendem a variar conforme a unidade organizacional (Ferreira et al., 2019), isto é, na presença de doença ou limitação, a decisão por parte do colaborador de ir ou não ir trabalhar engloba uma profunda interação entre duas áreas elementares divididas em fatores individuais e fatores relacionados ao trabalho (Krohne & Magnussen., 2011; Lohaus & Habermann, 2019; Pohling et al., 2016).

Do lado dos fatores pessoais ou individuais apresentam-se as atitudes, a personalidade (Johns, 2010), as expectativas dos indivíduos e o género, que segundo Martinez e Ferreira (2012) é uma variável essencial na compreensão do presentismo, embora nos estudos de Arronson et al. (2000) e Arronson e Gustafsson (2005) as conclusões foram semelhantes, os homens apresentaram-se presentistas com menor regularidade em relação às mulheres ainda que de forma pouco acentuada. Os indivíduos podem mostrar lealdade com o propósito de afirmar comprometimento perante a organização sob forma de presentismo para transparecerem uma boa imagem de si e do seu empenho, o que é comum quando o emprego ainda não se encontra assegurado (Bierla et al., 2013).

Quanto aos fatores relacionados ao trabalho, podem depender do contexto organizacional (Lima et al., 2019), da cultura organizacional/profissional (Martinez et al., 2007; Martinez & Ferreira, 2012), da natureza do evento de saúde (Johns, 2010), da profissão (Johns, 2010; Whysall et al., 2022) ou até mesmo das diferenças culturais (Garczynski et al., 2013),

nomeadamente, os valores e crenças de uma sociedade que são capazes de influenciar o comportamento dos colaboradores num clima de presentismo (Ferreira et al., 2019).

A profissão e tipo de perturbação na saúde também são fatores importantes. Ora, se um cantor sofrer de dor de garganta será forçado a optar pelo comportamento de absentismo, mas se for um pianista a sofrer do mesmo problema (dor de garganta) já lhe será possível optar pelo comportamento de presentismo (Johns, 2010; Whysall et al., 2022), assim como a presença de uma gripe estomacal grave deverá levar à ausência no trabalho, mas um diagnóstico precoce de diabetes levará a pessoa a estar presente no local de trabalho (Johns, 2010).

Outros motivos para o comparecimento dos colaboradores no trabalho quando estão doentes e que se devem especialmente às diferenças organizacionais são: as grandes exigências no trabalho sob a forma de sobrecarga de trabalho que ocorrem especialmente quando os colaboradores acreditam que os resultados do seu trabalho se devem maioritariamente a si próprios ou quando, por exemplo, é bastante simples permutar um colaborador de uma equipa de apoio com o colaborador que se encontra doente (Deery et al., 2014; Johns, 2010; Martinez & Ferreira, 2012); o tipo de relacionamento que existe entre colaboradores e os seus supervisores (Ferreira et al., 2017; Ferreira et al., 2019); o controlo severo da assiduidade e prémios de assiduidade, refletido em políticas rigorosas e/ou vindicativas para diminuir o absentismo (Deery et al., 2014; Lohaus & Habermann, 2019); a pressão do tempo (Dietz & Scheel, 2017); o controlo sobre as tarefas do trabalho; a relação entre os indivíduos e as condições de trabalho (Krohne & Magnussen., 2011); a sensação de pertença a uma equipa (Martinez & Ferreira, 2012); a ambiguidade de papéis (Zhou et al., 2016); o empoderamento e clientes dependentes (Johns, 2010).

Quando se deu início ao estudo do presentismo, este fenómeno era considerado simplesmente o oposto daquilo que é o absentismo (Garrow, 2016), ou seja, o que fizesse aumentar o presentismo, reduziria o absentismo e embora essa situação possa ocorrer, não é certo que assim seja (Johns, 2010). Para Johns (2010) e no estudo de Miraglia e Johns (2016) o presentismo é tendencialmente superior quando certas restrições de combate ao absentismo são elevadas, como os curtos períodos de ausência sem atestado médico, as dificuldades financeiras pessoais (tendo em conta que remunerações mais baixas determinam habitualmente pagamentos por doença menos justos), a dificuldade de substituição (por serem indivíduos com competências singulares), a insegurança no trabalho (por exemplo, em relação ao trabalho temporário e com contrato determinado), pressão formal ou informal para comparecer no trabalho. Em oposição, num estudo realizado por Aronsson et al. (2000) em indústrias, tanto as taxas de presentismo como as taxas de absentismo eram elevadas. Entretanto as opiniões

mudaram e hoje, alguns autores defendem que o presentismo está relacionado com o absentismo, porque consideram que os seus motivos estão interligados, mas que os indivíduos não trocam simplesmente um comportamento pelo outro, optando e alternando por aquele que mais faz sentido tendo em conta o estado da doença (Whysall et al., 2022).

Comparando os dois termos no que toca à medição da perda de produtividade é mais complexo fazê-lo quando se trata de presentismo do que de absentismo (Despiégl et al., 2012; Grawitch et al., 2017), ou seja, é mais fácil mensurar a perda de produtividade por doença quando o indivíduo se ausenta fisicamente do trabalho do que quando este decide permanecer nas suas funções (Hemp, 2004; Martinez & Ferreira, 2012). Entende-se que sofrer com algum tipo de problema de saúde irá diminuir a produtividade no trabalho, seja porque os indivíduos resolvem ficar em casa para enfrentar a sua saúde precária e conseguir recuperar mais rapidamente (Nielsen & Daniels, 2016) seja porque vão trabalhar na mesma, agravam os sintomas iniciais (Miraglia & Johns, 2016) e ainda verificam que o seu desempenho é afetado (Van den Heuvel et al., 2010), acumulando cansaço e angústia (Lu et al., 2013).

Durante um tempo olhou-se para o presentismo como um comportamento que gera sempre consequências negativas e dispendiosas e, por isso havia a necessidade de o reduzir ou mesmo eliminar (Zhou et al., 2016; Lohaus & Habermann, 2019). Contudo, Dietz e Scheel (2017) entendem que para além dos aspetos negativos, há também aspetos positivos relacionados com o presentismo. Por exemplo, Krohne e Magnussen (2011) e Miraglia e Johns (2016), creem que continuar a ir ao trabalho faz com que os indivíduos não se isolem e continuem ativos, o que normalmente tem efeitos positivos na saúde, acabando por diminuir as ausências no trabalho por motivo de doença e contribuir para o bem-estar dos funcionários. Para Kinman e Grant (2021) o trabalho é algo que aumenta a autoestima dos colaboradores, visto sentirem-se úteis, e é um meio de envolvimento e apoio social.

Para Whysall et al. (2022) é fundamental gerir a saúde ocupacional dos colaboradores de forma eficaz e ainda mais importante gerir os colaboradores que trabalham com problemas de saúde. Desta forma, estar-se-á a apoiar a saúde e o bem-estar dos colaboradores para promover a produtividade e a competitividade dos negócios. No futuro próximo deve haver a preocupação por parte das organizações em elaborar ferramentas (Ferreira et al., 2017; Wynne-Jones et al., 2011) e melhorar as já existentes para identificar a presença de presentismo. Assim, a função do supervisor, através de competências como a comunicação e o feedback, passa por apoiar aqueles que se encontram doentes a não criarem altas expectativas relativamente ao seu desempenho e realização de tarefas e a estabelecerem prioridades, concentrando-se em alcançar os seus objetivos (Zhou et al., 2016). Em adição, o líder deve ser sensibilizado em relação às

consequências inerentes ao presentismo para ajudar os colaboradores doentes a perceber que o caminho da recuperação e do descanso pode ser importante para regressarem ao trabalho mais fortes (Mazzetti et al., 2019).

Portanto, o objetivo primordial do estudo do presentismo é intervir na saúde dos colaboradores para apaziguar os seus efeitos e definir quais as medidas económicas adequadas que uma organização deve adotar para a recuperação de pelo menos uma parte da produtividade no trabalho anteriormente perdida em razão de doença do colaborador (Hemp, 2004).

1.3. Emoções e trabalho

Kleinginna e Kleinginna (1981, p. 335) definiram emoção como “Um conjunto complexo de interações entre fatores subjetivos e objetivos, mediado por sistemas neuronais/hormonais, que podem originar experiências afetivas (tais como sentimentos de ativação, prazer/desprazer) e gerar processos cognitivos (como efeitos perceptivos emocionalmente relevantes, avaliações, categorizações); produzir ajustamentos fisiológicos abrangentes perante condições ativadoras; conduzir ao comportamento que é com frequência, mas nem sempre, expressivo, dirigido a objetivos, e adaptativo”.

No centro da experiência humana estão os sentimentos e as emoções que cada indivíduo vivencia através das várias atividades a que se propõe (Muchinsky, 2000). No local de trabalho, por exemplo, as emoções também são uma realidade visto que a vida organizacional representa a atividade mais frequente e a que gasta a maior quantidade de energia (Muchinsky, 2000). Nesse ambiente ocorrem processos básicos diariamente onde estão abrangidos os processos emocionais, uma vez que os indivíduos podem sentir várias emoções ao longo do dia (Weiss, 2002). Essas emoções podem ser transformadas em respostas a eventos e/ou situações com que os indivíduos se deparam ou podem ser a causa das próprias respostas (Fox & Spector, 2002) pois as organizações onde trabalham têm impacto nas suas ações, pensamentos e sentimentos, dentro e fora do local de trabalho, assim como o contrário, isto é, aquilo que os indivíduos fazem, pensam ou sentem tem influência nas organizações onde desempenham o seu papel (Brief & Weiss, 2002). Ao ter acesso a uma vasta gama de emoções, nem todos os indivíduos as experienciam de igual forma, particularmente quando se trata de emoções negativas (Muchinsky, 2000). Desta forma, para perceber as próprias emoções e as dos outros é uma vantagem para encarar problemas no seio organizacional (Oktug, 2013). Quando os indivíduos interagem com outros podem sentir a necessidade de ocultar, suprimir ou mudar as emoções

que estão a sentir em determinado momento do seu trabalho, o que, por vezes, pode trazer consequências para o seu próprio bem-estar (Sloan, 2008).

Por conseguinte, gerir as emoções revela uma ação comum a diversas ocupações (Sloan, 2008) e importante (Mann, 1999) junto de indivíduos, grupos e sociedades perante atitudes e comportamentos que se mostram como consequência dos estados emocionais (Weiss, 2002). Esta gestão das emoções apresenta-se como uma dimensão da inteligência emocional (IE), sendo um instrumento de auxílio na manifestação das emoções mais corretas ao local de trabalho, especialmente no confronto com eventos stressantes (Oktug, 2013). Para Oktug (2013) a confiança organizacional tem um efeito significativo na gestão das emoções no local de trabalho, pois torna-a mais eficaz e, conseqüentemente, os indivíduos experienciam menos stress no trabalho, através de uma maior capacidade de clarificar certas questões e resolução de eventuais problemas, tais como problemas emocionais. Por outro lado, em trabalhos com muita densidade, há falta de tempo para refletir sobre como gerir emoções (Oktug, 2013).

Infelizmente, a verdade é que o papel da emoção nas organizações foi negligenciado por muitos anos (Ashkanasy, 2015), numa altura em que a psicologia organizacional-industrial deu maior atenção às atitudes, ao comportamento, à cognição e à personalidade (Fox & Spector, 2002; Muchinsky, 2000) e o mundo do trabalho era considerado muito racional e do qual as emoções não faziam parte (Ashkanasy & Dorris, 2017), vistas apenas como um aspeto do bem-estar que não eram de interesse organizacional (Fox & Spector, 2002).

Ashkanasy (2003) elaborou o modelo multinível das emoções nas organizações com cinco níveis que têm em vista os modelos teóricos aplicados ao local de trabalho. O nível 1 cobre os afetos (tendência que um indivíduo tem de responder de uma determinada forma), humor (uma forma mais geral, que não dispõe de uma causa específica ao contrário das emoções) e suas variações e as diferentes reações emocionais, estando presentes tanto em relacionamentos interdependentes com chefes, membros de equipa e subordinados como em prazos, projetos de grupo, processos de recursos humanos (avaliações de desempenho e entrevistas de seleção) e sempre que há questões de trabalho importantes para o desempenho organizacional (Barsade, & Gibson, 2007). Num nível 2, torna-se crucial falar de IE, sendo que a definição científica mais amplamente aceite afirma que IE é “A capacidade de monitorar as próprias emoções e as emoções dos outros, de discriminar entre elas e de usar a informação para guiar o pensamento e as ações de alguém” (Salovey & Mayer, 1990, p.189), ainda que a literatura sobre IE revele vocabulário dissemelhante. Anos mais tarde, Mayer e Salovey (1997) dividiram o construto em quatro fases: (1) Perceber as emoções: o grau em que as pessoas são capazes de dar atenção às suas emoções, expressar essas emoções e ler as emoções dos outros; (2) Usar as emoções: o

processo de saber e conhecer quais emoções facilitam a cognição de forma eficaz e usá-las para isso; (3) Compreender as emoções: a compreensão de dinâmicas emocionais complicadas, incluindo como as emoções podem mudar de uma para outra (por exemplo, o constrangimento pode se transformar em raiva ao invés de desculpas); e (4) Gerir as emoções: o conhecimento de como regular as próprias emoções e as dos outros para atingir certos objetivos.

O trabalho emocional pertence ao nível 3 e é “o ato de expressar emoções desejadas pela organização durante as transações de serviço”, por meio das interações interpessoais e comunicação entre os indivíduos (Hochschild, 1983). Este trabalho emocional funciona como uma espécie de regulamentação da organização em que os colaboradores gerem as suas demonstrações públicas de emoções no sentido de cumprir as regras de exibição normativas (*Display Rules*) (Hochschild, 1983) como por exemplo, fornecer os padrões para a expressão adequada de emoções no trabalho, de acordo com a função e o contexto em que se inserem, enfatizando o lado publicamente observável das emoções, em vez dos sentimentos reais dos funcionários (Ashforth, & Humphrey, 1993). O nível 4 é um nível grupal, onde há compreensão dos líderes, as emoções afetam não só o indivíduo, mas também o grupo e está presente o conceito de Regulação Emocional Interpessoal (REI), um processo pelo qual os indivíduos se influenciam uns aos outros com o auxílio dos sentimentos e no qual estão evidentes quatro características: (1) Uma forma de regulamento – que tem a ver com o objetivo que se quer atingir; (2) Um estado-alvo afetivo – o estado que está a ser regulado é um estado emocional; (3) Um processo deliberado – havendo influência por parte do feedback facial (contágio emocional) e/ou da personalidade individual (presença afetiva); e (4) Um alvo social – considerando que na regulação há um regulador e um estado-alvo, a REI avalia o estado-alvo como social, dado que pertence a outro indivíduo que não o regulador (Niven, 2017). Em último lugar, no nível 5, destaca-se o clima emocional organizacional, necessário para um reforço de um determinado clima ou cultura de uma organização e diz respeito ao humor coletivo dos membros organizacionais, suas atitudes derivadas da relação com os pares e/ou líderes e da organização como um todo (Schneider et al., 2010 como citado em Ashkanasy & Dorris, 2017).

Para Ashkanasy e Hartel (2014) como citado em Ashkanasy e Dorris (2017) um clima organizacional é saudável quando caracterizado por emoções positivas na sua totalidade. Os colaboradores que se nutrem de emoções positivas usufruem de experiências mais gratificantes (Muchinsky, 2000), apresentando tendencialmente melhores resultados a nível de realização, enriquecimento do trabalho e relacionamentos interpessoais de maior qualidade, maior prontidão para a tarefa e persistência (Staw et al., 1994). Em organizações com bom ambiente

de trabalho, nas quais predominam a lealdade e a satisfação no trabalho gera-se um clima positivo que torna mais verdadeira a partilha de pensamentos e emoções (Oktug, 2013).

Pelo contrário, colaboradores envolvidos em emoções negativas como medo, raiva, stress, hostilidade, tristeza e culpa estão mais aptos a afastarem-se do local de trabalho (Lee & Allen, 2002) por passarem por experiências dolorosas (Muchinsky, 2000). Não obstante, as organizações que se deparam com colaboradores rodeados de emoções negativas devem procurar ampará-los e não proibi-los de as sentirem (Oktug, 2013). Estas emoções podem derivar de vários fatores, entre eles uma má liderança, falta de orientação, falta de apoio (Olofsson et al., 2003), sobrecarga de trabalho, falta de recompensas e más relações sociais (Ogińska-Bulik, 2005) e como resultado o desempenho individual e organizacional tende a diminuir (Olofsson et al., 2003) e há mudanças no que diz respeito à moral do colaborador, compromisso com a organização e taxa de rotatividade (Canaff & Wright, 2004).

1.3.1. Bem-estar subjetivo

O BES compreende a avaliação autorrelatada (Tinkler & Hicks, 2011) que cada indivíduo faz da própria vida, bem como das suas experiências, através da noção quotidiana de felicidade (Kahneman & Krueger, 2006; Tov & Diener, 2013), não devendo ser confundido com a definição de bem-estar (Diener et al., 2018). Ao fazer uma apreciação consciente sobre a satisfação com a sua vida de uma forma geral, essa avaliação manifesta-se sob a forma de cognição e ao vivenciar sentimentos (emoções e humores) agradáveis e desagradáveis, a avaliação traduz-se em jeito de afeto (Bakker & Oerlemans, 2011; Diener et al., 2017).

O BES assume-se como uma dimensão positiva que faz parte da saúde mental e divide-se em duas subdimensões: cognitiva – satisfação com a vida; e afetiva – felicidade, diferenciando-se enquanto conceito e campo de estudo (Galinha, 2008). Na década de 60, Wilson (1967) como citado em Galinha (2008) propôs estudar duas hipóteses sobre o bem-estar que relacionaram a satisfação e a felicidade. A perspetiva base-topo (*bottom up*) que afirma não só que a produção de felicidade se deve à satisfação imediata de necessidades, como também que a infelicidade pode ser causada pela persistência de necessidades a satisfazer. A perspetiva topo-base (*top down*) explica o grau de satisfação que é necessário para a produção de felicidade e está dependente da adaptação ou do nível de aspiração, nos quais as experiências passadas, os valores pessoais e comparações com os outros exercem influência.

Ed Diener (1984) destacou o BES mediante um modelo com três conceitos componentes que criam um fator global ou variáveis interrelacionadas: afetos positivos – tais como a afeição,

a alegria, o orgulho ou o prazer; afetos negativos – constituídos por emoções negativas como a ansiedade, a culpa, a tristeza, a raiva, a preocupação ou a vergonha; e a satisfação com a vida (avaliação cognitiva) – composta pela satisfação com vários domínios da vida e seus diferentes aspetos, baseando-se na qualidade de vida dos indivíduos e nos fenómenos decorrentes do dia a dia como reações e respostas emocionais (Diener, 1984; Tov & Diener, 2013; Galinha, 2008). Tanto os afetos positivos como os afetos negativos podem medir emoções num estado momentâneo (Santana & Gondim, 2016) ou humores mais prolongados como é o caso da depressão (Diener et al., 2017). Diener et al. (2017) sugerem ainda que o otimismo pode ser visto como outra forma de BES que abarca as expectativas em relação ao futuro dos indivíduos e está maioritariamente correlacionado com o afeto positivo. Diener e Chan (2011) encontraram evidências da atuação favorável que as emoções positivas e o otimismo têm na saúde e mostraram que o BES se relaciona: (a) de forma causal com a saúde e com a longevidade de forma influenciável; (b) com o funcionamento imunológico; e (c) com a previsão da qualidade de vida e seus fatores (por exemplo, dor e mobilidade) e estado funcional no contexto da doença.

O nível de BES modifica-se consoante a quantidade de emoções positivas, de emoções negativas e experiências de satisfação com a vida. Se regularmente um indivíduo se sente bem, satisfeito com a sua vida, motivado para atingir objetivos, tolerante na resolução de problemas, tem características conforme as normas e valores da sua sociedade (Tov & Diener, 2013), desfruta de emoções positivas e raramente experiencia emoções negativas como tristeza ou agressividade, apresenta um alto nível de BES. Por oposição, indivíduos que exibem frequente insatisfação com a vida, pouca felicidade e revelam emoções negativas constantes tais como agressividade, ansiedade e preocupação não se empenham para solucionar problemas sociais e apresentam um BES mais baixo (Diener, 2000; Diener et al., 2018; Diener & Biswas-Diener, 2000 como citado em Galinha, 2008). Então, a nível de frequência, pode dizer-se que os afetos positivos e os afetos negativos relacionam-se inversamente e, embora não sejam exatamente opostos, um acaba por anular o outro porque quanto mais um dos afetos é sentido pelo indivíduo, menos sente a presença do outro afeto (Diener et al., 1985 como citado em Diener, 2009; Diener et al., 2018), pelo menos se se pensar em independência num dado momento e não em independência estrutural (Lucas & Diener, 2008).

O bem-estar divide-se em duas abordagens distintas. A visão hedónica prende-se com o grau em que os vários afetos experienciados pelo indivíduo são agradáveis e em que medida se sente bem (Galinha, 2008). Ou seja, é a avaliação que cada indivíduo faz sobre o nível de satisfação com a vida, em que o bem-estar é relatado como prazer ou felicidade e associado a mais afeto positivo e maior satisfação com a vida, ao potencializar os momentos agradáveis e

na busca por experiências de prazer, e, por outro lado, associado a menos afeto negativo, fugindo do sofrimento, da dor e do que possa causar mal-estar (Angner, 2010; Diener et al., 1999). Na visão eudaimônica o bem-estar vai para além do que é a felicidade, dando importância ao “significado e propósito na vida, relacionamentos sociais de apoio e sentimentos de domínio” (Diener et al., 2017) e ao crescimento pessoal permitindo o alcance da realização do potencial humano e abrange ainda conceitos como aceitação, autenticidade, autonomia, congruência, controle, competência, *engagement*, finalidade, ligações sociais, propósito e realização pessoal (Ryff, 1989; Tinkler & Hicks, 2011).

Segundo Diener (2009) são algumas as variáveis que têm influência no BES, tais como: satisfação subjetiva; rendimento e riqueza; idade; gênero; raça; emprego; educação; cultura; saúde; personalidade; religião; e casamento e família. O aumento dos rendimentos e, por consequência da riqueza está quase sempre associado a bons níveis de qualidade e satisfação com a vida já que tem o poder de influenciar várias circunstâncias da vida, dando resposta não só às necessidades básicas (Tov & Diener, 2013), pelo menos até um certo ponto. A cultura, seja ela individualista ou coletivista dita aquilo que é mais relevante para a sensação de satisfação com a vida, a nível de objetivos, preferências e valores. As condições de saúde em que os indivíduos se encontram têm repercussões no dia-a-dia, sejam positivas ou negativas, como por exemplo, as lesões (Diener et al., 2018). Em relação à personalidade, indivíduos mais extrovertidos passam mais por experiências positivas do que por experiências negativas (Diener, 2013). Através da sua pesquisa e investigação, Lucas e Diener (2008) perceberam que o casamento e a religião se correlacionam de forma consistente com o BES, uma vez que aqueles que se consideram religiosos também têm maior felicidade em comparação com os que não têm fé, principalmente em países muito religiosos e indivíduos mais felizes enquanto solteiros expressam mais vontade em casar, mesmo antes de casarem (Diener, 2013).

1.3.1.1. Bem-estar subjetivo no local de trabalho

Nas organizações o BES está habitualmente interligado a mais autorregulação e criatividade, a um comportamento de cidadania melhor e a mais produtividade no trabalho, o que conduz a maiores níveis de felicidade no trabalho e satisfação com a vida, que, por sua vez, geram um melhor desempenho e melhores resultados (Diener et al., 2018). Porém pode evidenciar-se perante indicadores positivos: *Work engagement* (comprometimento com o trabalho), felicidade no trabalho e satisfação no trabalho; e indicadores negativos: *workaholism* e *burnout* (Bakker & Oerlemans, 2011).

A felicidade e a satisfação no trabalho, dois fatores relacionados ao trabalho positivo, podem contribuir para um desempenho ideal, surgir de um bom desempenho ou ambas as situações. A felicidade dos indivíduos no trabalho é uma emoção específica que faz prevalecer a experiência emocional agradável face ao momento atual ou a predisposição para sentir emoções agradáveis, ainda que possam não estar a ser experimentadas em determinado momento (Diener, 2009) e associada a uma maior produção de recursos relacionados ao trabalho, aquando do alcance de um objetivo ou necessidade (Diener, 2009). Possivelmente, o aspeto mais estudado de BES relacionado ao trabalho é a satisfação no trabalho, como forma de afeto, isto é, associada às experiências de satisfação no local de trabalho evidenciadas como uma emoção positiva (Bakker & Oerlemans, 2011).

Quando um indivíduo no exercício das suas funções faz uma avaliação cognitiva do mesmo, sente-se satisfeito com o seu trabalho e, para além disso experimenta constantemente emoções positivas e raramente emoções negativas, significa que tem alto BES relacionado ao trabalho. Neste caso, será um colaborador comprometido com tudo o que envolve o seu trabalho, sente-se feliz ao realizá-lo e considera-se satisfeito relativamente à experiência afetiva pois é alguém com mais energia, resiliência mental, persistência apesar de possíveis contratempos, dedicação e absorção pelo trabalho, o que pressupõe um grande entusiasmo, sensatez e concentração. Como resultado disto, é um colaborador alegre, que gosta de atividades ativas, sabe alocar os seus recursos energéticos em resultado de uma saúde melhor e tem bastante autonomia. Além do mais, interessa-se em saber a opinião no que se refere ao seu desempenho e quando necessário pede auxílio dos colegas, transportando para eles o seu *engagement* e, conseqüentemente, melhorando o desempenho de toda a equipa. Estas características são achadas noutros compromissos que o colaborador faça para além do ambiente de trabalho (Bakker & Oerlemans, 2011).

Por outro lado, um colaborador que apresenta baixo BES relacionado ao trabalho revela uma experiência com emoções negativas frequentes e poucas emoções positivas, podendo sofrer, por exemplo, de *burnout* ou *workaholism* (Diener et al., 1991 como citado em Bakker & Oerlemans, 2011). O *workaholism* representa a paixão exacerbada pelo trabalho que se torna num vício alimentado por horas excessivas a trabalhar. Em seqüência, estes colaboradores prejudicam a qualidade dos momentos com a família e estão menos disponíveis para atividades não laborais, tendo em conta que os recursos dos mesmos são maioritariamente transportados e gastos no decurso do seu trabalho (Bakker & Oerlemans, 2011). E o *burnout*, também é conhecido como exaustão emocional, ou seja, a perceção de cansaço extremo derivado de circunstâncias de trabalho rígidas, e caracterizado pela adoção de uma conduta cínica por parte

do colaborador, perante si mesmo e para com os colegas dos quais se distancia (Bakker & Oerlemans, 2011).

1.4. O presente estudo

Este estudo surge no âmbito da crescente atenção dada às LMERT, à adoção do comportamento de presentismo por doença e à saúde mental.

Indivíduos que sofrem com LME têm registado taxas mais elevadas de presentismo (EU-OSHA, 2020), no entanto, este é um comportamento que pode surgir tendo uma doença física ou psicológica, apesar das suas diferenças (Arjona-Fuentes et al., 2019) e simboliza um potencial impacto quer para as organizações quer para os seus colaboradores, indiciando ter repercussões negativas na saúde e no bem-estar futuros (Skagen & Collins, 2016).

Os trabalhadores administrativos, diferenciam-se dos trabalhadores não administrativos por realizarem grande parte das suas tarefas em ambiente de escritório. Estes deparam-se com vários sintomas musculoesqueléticos (Sjögren-Rönkä et al., 2002), sendo necessária uma intervenção para eliminar ou atenuar o seu problema, até porque num estudo sobre felicidade e saúde, os resultados sugeriram que “pessoas sem dor musculoesquelética são um pouco mais felizes” (Røysamb et al., 2003).

Assim sendo, os objetivos gerais do estudo passam por: caracterizar as lesões musculoesqueléticas decorrentes do trabalho em atividades administrativas e não administrativas; relacionar a vivência das lesões musculoesqueléticas com o presentismo; relacionar as lesões musculoesqueléticas com o bem-estar subjetivo; e relacionar o bem-estar subjetivo com o presentismo. A pergunta de investigação à qual se pretende responder é: As lesões musculoesqueléticas relacionam-se com o presentismo e com o bem-estar subjetivo em atividades administrativas e não administrativas?

Tendo por base a revisão de literatura e o indicador de presença ou ausência de dor nas regiões do corpo foram definidas as seguintes hipóteses: H1 – Os indivíduos com lesões musculoesqueléticas, independentemente da região afetada, apresentam valores médios inferiores na escala de perdas de produtividade associada ao presentismo aos dos indivíduos sem lesões musculoesqueléticas na região; H2 – Os indivíduos com lesões musculoesqueléticas, independentemente da região afetada, apresentam valores médios de afetos positivos inferiores e afetos negativos superiores aos dos indivíduos sem lesões musculoesqueléticas na região.

A literatura revela que a dor persistente tem impactos mais profundos no bem-estar (Gureje et al., 1998), pelo que se considera, para além da ausência ou presença de dor, a intensidade da

dor manifestada pelos colaboradores, tendo sido formuladas as próximas hipóteses: H3a – os níveis de produtividade associada ao presentismo variam em função da intensidade da dor, sendo que intensidade mais forte de dor está associada a um score mais baixo de distração evitada (DE); H3b – os níveis de produtividade associada ao presentismo variam em função da intensidade da dor, sendo que intensidade mais forte de dor está associada a um score mais baixo de trabalho concluído (TC); H4 – os níveis de bem-estar variam em função da intensidade da dor, sendo que intensidade mais forte de dor está associada a um score mais baixo de afetos positivos e mais alto de afetos negativos.

No que diz respeito à relação entre BES e presentismo, pretende-se perceber se os afetos revelam interferência na produtividade laboral através dos fatores DE e TC e, nesse sentido, apresentam-se as hipóteses: H5 – Quanto mais alto for o score de afetos positivos, mais alto será o score na escala de perdas de produtividade associada ao presentismo, traduzido em scores mais altos de DE e de TC; H6 – Quanto mais alto for o score de afetos negativos, mais baixo será o score na escala de perdas de produtividade associada ao presentismo, traduzido em scores mais baixos de DE e de TC.

Para se conseguir ter uma visão mais integrada das diferentes regiões, um indicador relevante poderá ser o número de regiões afetadas, pelo que foram elaboradas as hipóteses que se seguem: H7 – quanto maior o número de regiões afetadas, menor será o score de afetos positivos e maior será o score de afetos negativos; H8 – quanto maior o número de regiões afetadas, mais baixos serão os scores na escala de perdas de produtividade associada ao presentismo, refletindo que o trabalho é mais afetado.

Metodologia

2.1. Procedimento de recolha de dados

O projeto foi submetido para aprovação tendo em consideração as disposições do Código de Conduta Ética na Investigação do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, e aprovado pela Comissão de Ética do ISCTE-IUL (referência: 62_2022).

Procedeu-se à recolha de dados realizada através da partilha de um *link* divulgado nas redes sociais (*Instagram, Facebook, LinkedIn e WhatsApp*) e redes de contacto informais, dando acesso ao questionário (Anexo A) desenvolvido anteriormente na plataforma *Qualtrics*, licenciada pelo ISCTE-IUL.

O Consentimento Informado (Anexo B) dava início à participação no questionário, contendo várias informações como a identificação do estudo e dos investigadores responsáveis, uma descrição dos objetivos gerais do estudo, tempo estimado e características gerais da participação, bem como a natureza voluntária da colaboração, incluindo a possibilidade de suspender a participação a qualquer momento e sem obrigação de uma justificação e ainda, dados de contacto (*e-mail*) caso o participante desejasse colocar alguma pergunta ou tecer algum comentário sobre o estudo.

Se o participante aceitasse participar no estudo, avançava para questões relativas aos dados sociodemográficos, tais como a idade, o género com que se identifica e o nível de escolaridade mais elevado que concluiu. De seguida era apresentada a questão ‘Tem alguma lesão musculoesquelética?’ com três opções de resposta: ‘Não’, ‘Sim’ e ‘Não sei’. Caso a resposta fosse negativa, o participante terminava a sua participação no estudo, mas se a resposta fosse afirmativa ou sem certezas o participante seguia em frente no questionário, devendo responder quantas vezes tinha ido trabalhar nos últimos 12 meses, ainda que devido ao seu estado de saúde devesse ficar em repouso e se o trabalho que realiza pertence ao ramo administrativo ou não administrativo.

Logo após, era apresentado o Questionário Nórdico Musculoesquelético, com um mínimo de 9 e um máximo de 36 questões a serem respondidas, conforme o participante tivesse ou não queixas em alguma das nove regiões corporais.

Imediatamente a seguir, eram exibidas seis afirmações aleatoriamente inerentes à SPS-6 (*Stanford Presenteeism Scale*) que calcula a produtividade associada ao presentismo e os participantes tinham de assinalar o quanto concordavam ou não com as mesmas.

Depois, através da *Positive and Negative Affect Schedule* – Versão Reduzida Portuguesa (PANAS-VRP), pedia-se aos participantes que indicassem em que medida tinham sentido cada uma das dez emoções e sentimentos evidenciados no decorrer das últimas semanas.

Por último, era exposto o *Debriefing*/Explicação da investigação (Anexo C) que incluía o agradecimento pela participação e, tal como no Consentimento Informado, o email da investigadora proponente, reforçando a possibilidade de abordar a mesma sobre o estudo em causa.

2.2. Procedimento de análise de dados

Inicialmente, a amostra era constituída por 182 participantes, mas procedeu-se à limpeza da base de dados, retirando-se 14 participantes que responderam a menos de 50% do questionário, sendo este um critério de exclusão definido *a posteriori*. Embora não sejam feitas análises mais profundas aos participantes que responderam não ter qualquer LME, dado que terminavam a sua participação aí, decidiu-se não retirá-los da base de dados, criando-se filtros para trabalhar apenas com os ‘Sim’ e com os ‘Não sei’.

No final da recolha das respostas, procedeu-se ao tratamento de dados, recorrendo ao *software IBM SPSS Statistics (Statistical Packages for the Social Sciences)* na versão 28 e todos os testes realizados no estudo decorrente utilizaram um nível de significância de 0.05 e um intervalo de confiança de 95%. Depois verificou-se existência de *outliers*, mas logo de imediato percebeu-se que, estatisticamente, podem ser considerados valores extremos, mas em termos de conteúdo não o são.

2.3. Participantes

O estudo recorreu a uma amostra não probabilística por conveniência e por bola de neve. Para um número total de 168 participantes, 137 pertencem ao género feminino (81.5%), 31 pertencem ao género masculino (18.5%) e nenhum participante respondeu que considerava ter outro género, da mesma forma que nenhum participante afirmou preferir não responder a esta questão. As idades dos participantes são compreendidas entre os 18 e os 66 anos ($M = 32.52$, $DP = 12,29$).

Em relação ao nível de escolaridade mais elevado concluído, a opção ‘Licenciatura’ foi a resposta que alcançou um maior número (51.2%), seguida da opção ‘Ensino Secundário’ com 26.2%.

2.4. Medidas

O presente estudo foi realizado através de um questionário composto por medidas já existentes e com qualidades psicométricas demonstradas na literatura.

Lesões Musculoesqueléticas. Para avaliar a existência de LME, Kuorinka et al. (1987) desenvolveram o Questionário Nórdico Musculoesquelético que incorpora quatro questões referentes a nove regiões corporais (pescoço; ombros; cotovelos; punhos/mãos; região torácica; região lombar; ancas e coxas; joelhos; e tornozelos/pés), não chegando na plenitude à extremidade superior. Para além disso, o questionário inclui um diagrama corporal que destaca todas as áreas corporais envolvidas (Kuorinka et al., 1987).

A versão portuguesa do Questionário Nórdico Musculoesquelético (Mesquita et al., 2010) é tida como funcional e de fácil compreensão, apresenta boa confiabilidade e validade moderada (Mesquita et al., 2010).

Em primeiro lugar é questionado aos indivíduos “Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões”. Depois, caso respondam de forma afirmativa em relação a alguma das regiões corporais devem responder se “Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões” e se “Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempo) por causa de problemas nas seguintes regiões”. Por último, numa escala numérica de dor que varia entre zero e dez, os indivíduos devem tentar especificar qual a intensidade da dor que sentem, sendo que zero representa “Sem dor” e dez representa “Dor máxima”.

Este instrumento permite trabalhar diferentes indicadores relativos às LME, nomeadamente, a presença ou ausência de dor por região do corpo, o número de regiões afetadas com dor e a intensidade da dor.

Presentismo. O presentismo foi avaliado através da *Stanford Presenteeism Scale – SPS-6* (Koopman et al., 2002) que é uma medida com seis itens de resposta relacionados ao fenómeno de presentismo: “Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir.”; “Apesar do meu problema de saúde consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho.”; “O meu problema de saúde inibiu-me de tirar prazer do trabalho.”; “Senti-me desesperado/a na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido ao meu problema de saúde.”; “No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus objetivos, apesar do meu problema de saúde.”; e “Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar do meu problema de saúde.”.

A escala mede o desempenho dos indivíduos ao serem avaliadas as variáveis cognitivas, emocionais e comportamentais que afetam as perdas de produtividade laboral. Portanto, pretende indicar “a capacidade de um trabalhador para se concentrar e realizar o trabalho apesar dos problemas de saúde” (Koopman et al., 2002, p. 15), através de dois fatores: ‘distração evitada’, ou seja, processos de trabalho – itens 1, 3 e 4 – em que as causas psicológicas tendem a alterar a capacidade de concentração no decorrer do trabalho; e ‘trabalho concluído’, isto é, resultado do trabalho – itens 2, 5 e 6 – referente à porção de trabalho efetuado ainda que as condições físicas tenham algum impacto (Martinez & Ferreira, 2012).

Inicialmente sofreu uma tradução do inglês para o português e, posteriormente, uma retradução do português para o inglês, para efeitos de equivalência (Martinez & Ferreira, 2012) e a sua validação na população portuguesa evidenciou boas propriedades psicométricas, com alfas de Cronbach variando entre 0.780 e 0.815 (Ferreira et al., 2010).

Os indivíduos responderam segundo uma escala de resposta tipo *Likert* com cinco pontos, variando de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”, assinalando o grau de concordância com os 6 itens, atendendo às suas condições de saúde (Johns, 2010) e apresentados aleatoriamente. Consoante as respostas, é gerada uma pontuação através da soma de todos os itens que pode variar entre 6 e 30 e caso se reflita alta, significa que o trabalho foi pouco afetado pelo presentismo (Martinez & Ferreira, 2012).

Na presente investigação, a distração evitada e o trabalho concluído revelaram um coeficiente alfa de Cronbach de valor igual a 0.86 e 0.81, respetivamente, o que significa que a consistência interna das duas subescalas é boa.

Bem-estar subjetivo. A PANAS-Versão Reduzida Portuguesa (Galinha, Pereira & Esteves, 2014) é uma escala de bem-estar subjetivo, semelhante à versão original da *Positive and Negative Affect Schedule* que possibilita a medição do afeto positivo (AP) e do afeto negativo (AN) com base num conjunto de dez emoções e sentimentos (cinco positivos: “Ativo/a”, “Determinado/a”, “Entusiasmado/a”, “Inspirado/a”, “Interessado/a”; e cinco negativos “Amedrontado/a”, “Atormentado/a”, “Assustado/a”, “Culpado/a”, “Nervoso/a”), apresentados de forma aleatória e cada participante deverá responder indicando em que medida sentiu cada uma dessas emoções durante as últimas semanas, tendo em conta uma escala tipo *Likert* com cinco modalidades de resposta (“Nada ou muito ligeiramente” a “Extremamente”).

Os valores de consistência interna foram considerados bons para ambas as subescalas. No que respeita ao AP revelou um valor de alfa de Cronbach de 0.84 e quanto ao AN, o valor de alfa de Cronbach foi de 0.86.

CAPÍTULO 3

Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no âmbito desta investigação. Num primeiro momento são referidas as várias análises descritivas das variáveis em estudo e, de seguida, são apontados os resultados referentes às diversas análises estatísticas com base na relação entre as variáveis estudadas e em função dos objetivos de investigação formulados com o intuito de corroborar ou refutar as hipóteses levantadas.

3.1. Análise descritiva das variáveis do estudo

A Tabela 3.1 anuncia que, perante a totalidade da amostra ($N = 168$), 101 (60.1%) dos participantes disseram não ter qualquer LME, 41 (24.4%) afirmaram ter LME e os restantes 26 (15.5%) pertencem ao grupo de participantes que não sabem se têm LME.

Tabela 3.1

Distribuição da amostra de acordo com os seus sintomas

	N	%
Não	101	60.1
Sim	41	24.4
Não sei	26	15.5
Total	168	100

Entre os participantes que têm e não sabem se têm LME ($N = 67$), 61 (91.0%) afirmaram que o número de vezes que foram trabalhar nos últimos 12 meses, embora o seu estado de saúde implicasse uma licença médica foi inferior ou igual a 30. Os outros 6 (9.0%) indivíduos relataram ter ido trabalhar mais de 30 vezes, apesar de não terem reunidas todas as condições de saúde como representado na Tabela 3.2.

Tabela 3.2

Distribuição da amostra consoante o número de vezes que nos últimos 12 meses foi trabalhar, embora o estado de saúde implicasse uma licença médica

	N	%
≤ 30 vezes	61	91.0
> 30 vezes	6	9.0
Total	67	100

No mesmo grupo, para um $N = 66$ (uma vez que um participante não respondeu à questão sobre o ramo de trabalho), relativamente ao ramo em que se enquadra a sua profissão, 41 (62.1%) participantes disseram não trabalhar no setor administrativo, sendo que 35 (53.0%) pertencem ao género feminino e 6 (9.1%) ao género masculino, e 25 (37.9%) participantes trabalham no setor administrativo, dos quais apenas 2 (3.0%) são homens e os outros 23 (34.8%) são mulheres, tal como se pode observar na Tabela 3.3.

Tabela 3.3

Cruzamento entre o ramo de trabalho e o género

		Género			
			Feminino	Masculino	Total
Ramo administrativo	Não	Contagem	35	6	41
		% do total	53.0%	9.1%	62.1%
	Sim	Contagem	23	2	25
		% do total	34.8%	3.0%	37.9%
Total	Contagem	58	8	66	
	% do total	87.9%	12.1%	100.0%	

3.1.1. Sintomatologia de LME nos últimos 12 meses

A Tabela 3.4 revela quais as regiões corporais onde os participantes consideraram ter algum problema, tal como dor, desconforto ou dormência. Verificou-se a predominância de sintomas no pescoço, correspondente a 76.1% ($n = 51$) dos inquiridos e, logo de seguida na região lombar com uma percentagem de 71.6% ($n = 48$). Do lado avesso, a maior ausência de sintomas pertence aos cotovelos (74.6%) e à região torácica (68.7%).

3.1.2. Sintomatologia de LME nos últimos 7 dias

Quanto à ocorrência de sintomas durante a última semana, a Tabela 3.4 apresenta como principais resultados a prevalência de sintomas na região lombar (59.6%).

No geral houve uma redução da frequência de sintomas de LME nos últimos 7 dias comparativamente aos últimos 12 meses. Dos 51 (76.1%) inquiridos que apresentaram sintomas nos últimos 12 meses no pescoço, 2 não responderam a esta questão e 24 (47.1%) continuaram a apresentar queixas nos últimos 7 dias. A respeito dos ombros, 45 (67.1%) participantes começaram por dizer que têm tido queixas durante o último ano, mas apenas 29 (65.9%) mantiveram as queixas nos últimos 7 dias. Para os cotovelos, o número reduziu de 17 (25.5%) para 9 (53.0%). Inicialmente, eram 37 (55.3%) os participantes que tinham sintomas na região dos punhos e mãos, diminuindo para 25 (71.4%) na última semana. Na região torácica e na região lombar observou-se uma redução dos sintomas em 21 (31.3%) para 12 (57.1%) participantes e em 48 (71.6%) para 28 (59.6%) participantes, respetivamente. Vinte e sete (40.3%) participantes apresentaram sintomas nos últimos 12 meses nas ancas e coxas, porém nos últimos 7 dias esse número alterou-se para 20 (76.9%). No que se refere aos joelhos, foram 29 (43.3%) os queixosos relativamente ao último ano e 18 (66.7%) em relação à última semana. Por último, sintomas existentes nos tornozelos e pés foram representados por 32 (47.8%) inquiridos, passando para 23 (71.9%).

3.1.3. Impedimento de realização das atividades normais

Na Tabela 3.4 as regiões do pescoço (56.0%), dos ombros (65.9%) e da região lombar (63.8%) são consideradas as mais impactantes na realização quer do trabalho, quer de serviço doméstico ou até mesmo de passatempos. Os cotovelos, por sua vez, destacam-se como a região que menos teve efeitos nas atividades de cada participante com uma percentagem igual a 62.5% (n = 10).

Tabela 3.4*Frequência de LME em nove regiões corporais*

		Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema nas seguintes regiões:		Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:		Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões:	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
PESCOÇO	Não	16	23.9	27	52.9	22	44.0
	Sim	51	76.1	24	47.1	28	56.0
OMBROS	Não	22	32.8	15	34.1	15	34.1
	Direito	11	16.4	6	13.6	6	13.6
	Esquerdo	9	13.4	9	20.5	7	15.9
	Ambos	25	37.3	14	31.8	16	36.4
COTOVELO	Não	50	73.6	8	47.1	10	62.5
	Direito	6	9.0	2	11.8	1	6.3
	Esquerdo	5	7.5	2	11.8	1	6.3
	Ambos	6	9.0	5	29.4	4	25.0
PUNHO/ MÃOS	Não	30	44.8	10	28.6	14	41.2
	Direito	6	9.0	5	14.3	1	2.9
	Esquerdo	2	3.0	-	-	-	-
	Ambos	29	43.3	20	57.1	19	55.9
REGIÃO	Não	46	68.7	9	42.9	9	42.9
TORÁCICA	Sim	21	31.3	12	57.1	12	57.1
REGIÃO	Não	19	28.4	19	40.4	17	36.2
LOMBAR	Sim	48	71.6	28	59.6	30	63.8

Frequência de LME em nove regiões corporais (continuação)

		Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema nas seguintes regiões:		Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas seguintes regiões:		Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas seguintes regiões:	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ancas/	Não	40	59.7	6	23.1	6	23.1
Coxas	Sim	27	40.3	20	76.9	20	76.9
Joelhos	Não	38	56.7	9	33.3	11	39.3
	Sim	29	43.3	18	66.7	17	60.7
Tornozelo/	Não	35	52.2	9	28.1	10	31.3
Pés	Sim	32	47.8	23	71.9	22	68.8

3.1.4. Intensidade da dor sentida

A partir da Tabela 3.5 pode observar-se como se distribui a amostra relativamente à intensidade da dor sentida, percebendo que de modo geral, a intensidade classifica-se de moderada a forte, sendo que em todas as regiões do corpo foi assinalada a intensidade máxima de 10.

A maioria dos participantes (21.6%) que tiveram problemas no pescoço sentiram uma intensidade de 7 ($M = 6.22$, $DP = 1.94$); para o(s) ombro(s) a intensidade mais sentida foi de 6 (25.0%) ($M = 6.61$, $DP = 2.05$); no(s) cotovelo(s), a intensidade de 4 e a intensidade de 7 receberam a maior frequência, com uma percentagem de 18.8% para ambas ($M = 6.19$, $DP = 2.64$); quanto ao punho e mãos, os participantes dividiram-se maioritariamente entre as intensidade de 7 e 8, com a mesma frequência (19.4%) ($M = 6.39$, $DP = 2.54$); em relação à região torácica, a intensidade de 7 volta a ser a mais escolhida com uma frequência de 7 (33.3%) participantes ($M = 6.43$, $DP = 1.86$); houve um predomínio da intensidade de 9 (16.7%) na região lombar ($M = 6.83$, $DP = 2.24$) bem como nas ancas e coxas, com uma percentagem de 29.6% ($M = 7.48$, $DP = 1.83$); no que toca aos joelhos, a mesma frequência de participantes

(17.2%) sentiu dor sobretudo de intensidades de 3 e de 6 ($M = 6.48$, $DP = 2.40$); para os tornozelos e pés, o grosso dos participantes (22.6%) nomeou a intensidade de 7 como a mais sentida ($M = 7.23$, $DP = 2.38$).

Tabela 3.5

Distribuição da amostra relativamente à intensidade da dor

	N	Mínimo	Máximo	Moda	%	Média	Desvio Padrão
Pescoço	51	2	10	7	27.5	6.22	1.94
Ombros	44	1	10	6	25.0	6.61	2.05
Cotovelos	16	1	10	4 e 7	18.8	6.19	2.64
Punho/Mãos	36	0	10	7 e 8	19.4	6.39	2.54
Região Torácica	21	3	10	7	33.3	6.43	1.86
Região Lombar	48	3	10	9	16.7	6.83	2.24
Ancas/Coxas	27	2	10	9	29.6	7.48	1.83
Joelhos	29	2	10	3 e 6	17.2	6.48	2.40
Tornozelo/Pés	31	2	10	7	22.6	7.23	2.38

3.1.5. Número de regiões corporais afetadas

Tendo em conta que o número de regiões corporais afetadas pode variar entre 1 e 9, a Tabela 3.6 refletiu que para um $N = 66$ (visto que um dos participantes que respondeu não saber se tinha LME, acabou por concluir que não apresenta quaisquer sintomas de LME nas regiões corporais apresentadas), com $M = 4.58$ e $DP = 2.08$, se verificou que a maioria dos participantes (21.2%) afirmaram ter LME em cinco regiões do corpo e logo de seguida, destacou-se a frequência para quem apresenta LME em três regiões do corpo (19.7%). Apenas dois participantes apresentam LME somente numa região corporal (3.0%) e quatro participantes têm LME em todas as regiões apresentadas (6.1%).

Tabela 3.6*Distribuição da amostra relativamente ao número de regiões com LME*

	N	%
1	2	3.0
2	9	13.6
3	13	19.7
4	9	13.6
5	14	21.2
6	7	10.6
7	5	7.6
8	3	4.5
9	4	6.1
Total	66	100

3.2. Caracterização das LME decorrentes do trabalho em atividades administrativas e não administrativas

Na Tabela 3.7 está representado o número de participantes consoante as suas LME e o seu ramo de trabalho. Para os participantes que não têm funções administrativas, destacam-se os 33 (50.0%) com LME no pescoço, os 31 (47.0%) que não sofrem de lesão nos cotovelos e apenas 1 (1.5%) que apresenta lesão no punho/mãos esquerdos. Do lado dos participantes administrativos, é de salientar os 19 (28.8%) que têm lesão na zona da região lombar e, mais uma vez, somente 1 (1.5%) que apresenta lesão no punho/mãos esquerdos.

Ao fazer uma análise de acordo com a região corporal afetada: (a) reforça-se novamente os 33 (50.0%) participantes que têm LME no pescoço e não pertencem ao ramo administrativo; (b) nos ombros o destaque vai para os 16 (24.2%) participantes que têm LME em ambos (direito e esquerdo), mas que não trabalham no ramo administrativo; (c) em relação aos cotovelos, a maioria dos participantes (47.0%) revelou não ter qualquer LME e não ser administrativo; (d) 21 (31.8%) participantes não têm LME nos punhos e mãos e não são administrativos; (e) na região torácica salientam-se os 27 (40.9%) participantes que não têm LME nem trabalham no ramo administrativo; (f) na região lombar 29 (43.9%) participantes têm LME mas o seu trabalho não é administrativo; (g) para as ancas e coxas, a maior parte dos participantes (39.4%) afirma não ter LME e não ser administrativo; (h) nos joelhos, os 22 (33.3%) participantes que dizem

não sofrer com LME, não pertencem ao ramo administrativo; e, por último, (i) 22 (33.3%) participantes que têm LME no tornozelo e pés não exercem funções como administrativos.

Para avaliar a existência de relação entre o ramo de trabalho e as LME recorreu-se ao teste de independência do qui-quadrado (X^2), uma vez que estamos perante duas variáveis nominais. Quando verificadas as condições de aplicabilidade do teste do X^2 , avançou-se com a leitura do mesmo, obtendo os seguintes resultados para as seguintes regiões: Pescoço, $X^2(1) = 1.319$ $p = 0.251$; Região Torácica, $X^2(1) = 0.270$ $p = 0.603$; Região Lombar, $X^2(1) = 0.217$ $p = 0.641$; Ancas/Coxas, $X^2(1) = 0.837$ $p = 0.360$; Joelhos, $X^2(1) = 0.680$ $p = 0.410$; Tornozelo/Pés, $X^2(1) = 1.160$ $p = 0.281$, o que significa a inexistência de relação entre o ramo de trabalho dos indivíduos e os problemas (tal como dor, desconforto ou dormência) no pescoço, nas regiões torácica e lombar, nas ancas e coxas, nos joelhos e no tornozelo e pés. Quando as condições de aplicabilidade do teste do X^2 não se verificaram na totalidade, optou-se pela leitura da significância do teste de Monte Carlo que não exige que se verifiquem as condições aplicabilidade. Sendo assim, os resultados obtidos para as restantes regiões foram: Ombros, $X^2(3) = 1.428$ $p = 0.715$; Cotovelos, $X^2(3) = 0.464$ $p = 0.960$; Punho/Mãos, $X^2(3) = 3.695$ $p = 0.328$, pelo que, tal como anteriormente, os $p > \alpha = 0.05$, concluindo que não existe relação entre o ramo de trabalho dos indivíduos e as suas LME nos ombros, nos cotovelos e no punho e mãos.

Tabela 3.7*Relação entre o tipo de lesões e o ramo de trabalho administrativo e não administrativo*

		Ramo				
		administrativo				
			Não	Sim	Total	
Pescoço	Não	Contagem	8	8	16	
		% do total	12.1%	12.1%	24.2%	
	Sim	Contagem	33	17	50	
		% do total	50.0%	25.8%	75.8%	
Ombros	Não	Contagem	14	7	21	
		% do total	21.2%	10.6%	31.8%	
	Direito	Contagem	7	4	11	
		% do total	10.6%	6.1%	16.7%	
	Esquerdo	Contagem	4	5	9	
		% do total	6.1%	7.6%	13.6%	
	Ambos	Contagem	16	9	25	
		% do total	24.2%	13.6%	37.9%	
	Cotovelos	Não	Contagem	31	18	49
			% do total	47.0%	27.3%	74.2%
		Direito	Contagem	3	3	6
			% do total	4.5%	4.5%	9.1%
Esquerdo		Contagem	3	2	5	
		% do total	4.5%	3.0%	7.6%	
Ambos		Contagem	4	2	6	
		% do total	6.1%	3.0%	9.1%	
Punho/Mãos		Não	Contagem	21	8	29
			% do total	31.8%	12.1%	43.9%
		Direito	Contagem	2	4	6
			% do total	3.0%	6.1%	9.1%
	Esquerdo	Contagem	1	1	2	
		% do total	1.5%	1.5%	3.0%	
	Ambos	Contagem	17	12	29	
		% do total	25.8%	18.2%	43.9%	

Relação entre o tipo de lesões e o ramo de trabalho administrativo e não administrativo (continuação)

		Ramo			
		administrativo			
			Não	Sim	Total
Região Torácica	Não	Contagem	27	18	45
		% do total	40.9%	27.3%	68.2%
	Sim	Contagem	14	7	21
		% do total	21.2%	10.6%	31.8%
Região Lombar	Não	Contagem	12	6	18
		% do total	18.2%	9.1%	27.3%
	Sim	Contagem	29	19	48
		% do total	43.9%	28.8%	72.7%
Ancas/Coxas	Não	Contagem	26	13	39
		% do total	39.4%	19.7%	59.1%
	Sim	Contagem	15	12	27
		% do total	22.7%	18.2%	40.9%
Joelhos	Não	Contagem	22	16	38
		% do total	33.3%	24.2%	57.6%
	Sim	Contagem	19	9	28
		% do total	28.8%	13.6%	42.4%
Tornozelo/Pés	Não	Contagem	19	15	34
		% do total	28.8%	22.7%	51.5%
	Sim	Contagem	22	10	32
		% do total	33.3%	15.2%	48.5%

3.3. Caraterização do presentismo

Os participantes respondiam conforme discordassem ou concordassem com as afirmações da *Stanford Presenteeism Scale*, perante uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos. Desta forma, ao somar os seis itens da escala verificou-se que o valor mínimo foi de 6 e o valor máximo foi igual a 30 e, portanto, os participantes situaram-se um pouco por toda a amplitude possível, ou seja, houve participantes que discordaram totalmente de todos os itens (total da pontuação igual a 6), o que significa que o seu trabalho foi menos completo e distraíram-se mais devido ao seu

problema, bem como, houve participantes que concordaram com todos os itens (total da pontuação igual a 30), sugerindo que o presentismo afetou pouco o seu trabalho.

Ao fazer uma análise de frequências percebeu-se que a pontuação de 16 destacou-se com um total de 7 (11.1%) participantes e logo de seguida as pontuações de 17 e 18 com um total de 6 participantes (9.5%) cada, dando a entender que o trabalho foi afetado de forma mediana.

3.4. Vivência das LME com o Presentismo

Uma vez que o indicador fornecido pela escala de presentismo (SPS-6) é uma variável ordinal (escala tipo *Likert*) e o indicador proveniente do QNM é uma variável qualitativa nominal dicotômica que define dois grupos independentes aplicou-se o teste de Mann-Whitney, sendo este a alternativa ao teste *t* a duas médias para amostras independentes, uma vez que a normalidade não é verificada.

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que os participantes que têm lesão percebem a sua produtividade mais baixa devido ao presentismo e que os participantes que não têm lesão apresentam uma produtividade mais alta apesar do presentismo nas regiões do pescoço ($U = 353.50$; $z = -0.105$; $p = 0.916$), do punho e mãos ($U = 395.50$; $z = -1.295$; $p = 0.195$), da região lombar ($U = 399.0$; $z = -0.091$; $p = 0.927$) e dos joelhos ($U = 423.0$; $z = -0.812$; $p = 0.417$).

Pelo contrário, as distribuições populacionais são diferentes comparando o grupo de participantes que não tem lesão com o grupo de participantes que tem lesão nas regiões dos ombros ($U = 289.50$; $z = -2.079$; $p = 0.038$), dos cotovelos ($U = 234.50$; $z = -2.030$; $p = 0.042$), da região torácica ($U = 289.50$; $z = -2.079$; $p = 0.038$), das ancas e coxas ($U = 258.50$; $z = -3.114$; $p = 0.002$) e do tornozelo e pés ($U = 227.50$; $z = -3.690$; $p = <0.001$). Ao comparar a diferença de médias, verifica-se que em todas estas regiões, os participantes que não têm lesão foram os que viram o seu trabalho pouco afetado pelo presentismo. Posto isto, a H1 é confirmada de forma parcial, pois para as regiões do pescoço, do punho e mãos, da região lombar e dos joelhos não se verificou tal hipótese.

3.5. Vivência das LME com o BES

Sendo que os indicadores provenientes da escala de afeto positivo e negativo são variáveis qualitativas ordinais (escala tipo *Likert*) e o indicador proveniente do QNM é uma variável qualitativa nominal dicotômica que define dois grupos independentes, realizou-se o teste de Mann-Whitney (pois a normalidade não foi verificada) para comparar a distribuição do AP e

do AN no grupo que tem lesão e no grupo que não tem lesão, em separado para cada região corporal.

Estatisticamente, não há indícios que permitem afirmar que os participantes sem LME tenham mais afetividade positiva do que os participantes com LME independentemente de onde estiver localizada a lesão [Pescoço ($U = 230.0$; $z = -1.794$; $p = 0.073$), Ombros ($U = 378.0$; $z = -0.468$; $p = 0.640$), Cotovelos ($U = 278.50$; $z = -1.223$; $p = 0.221$), Punho/Mãos ($U = 476.0$; $z = -0.035$; $p = 0.972$), Região Torácica ($U = 378.0$; $z = -0.468$; $p = 0.640$), Região Lombar ($U = 376.50$; $z = -0.304$; $p = 0.761$), Ancas/Coxas ($U = 426.50$; $z = -0.519$; $p = 0.604$), Joelhos ($U = 382.0$; $z = -1.161$; $p = 0.246$), Tornozelo/Pés ($U = 409.50$; $z = -0.998$; $p = 0.318$)].

Nas regiões do pescoço ($U = 236.50$; $z = -2.003$; $p = 0.045$), dos cotovelos ($U = 171.0$; $z = -3.065$; $p = 0.002$) e do tornozelo e pés ($U = 322.0$; $z = -2.404$; $p = 0.016$), o AN é diferente, comparando os dois grupos de participantes. No caso do pescoço, os participantes que não têm lesão apresentam maior afetividade negativa do que os participantes que têm lesão, comprovando-se isso mesmo através das médias que são iguais a 40.23 e 29.43, respectivamente). Contrariamente, os participantes que têm lesão apresentam mais AN do que os participantes que não têm lesão para os cotovelos (médias iguais a 44.60 e 28.06, respectivamente) e para o tornozelo e pés (médias iguais a 37.61 e 26.56, respectivamente).

Em oposição, a afetividade negativa distribui-se de igual forma para o grupo de participantes que não tem lesão e para o grupo de participantes que tem lesão nos ombros ($U = 354.50$; $z = -1.120$; $p = 0.263$), no punho e mãos ($U = 403.50$; $z = -1.240$; $p = 0.215$), na região torácica ($U = 354.50$; $z = -1.120$; $p = 0.263$), na região lombar ($U = 389.50$; $z = -0.429$; $p = 0.668$), nas ancas e coxas ($U = 405.50$; $z = -0.981$; $p = 0.327$) e nos joelhos ($U = 441.0$; $z = -0.561$; $p = 0.575$).

A H2 é parcialmente corroborada, dado que apenas é verificada na relação esperada do AN com os cotovelos e com os tornozelos e pés.

3.6. Relação dos Afetos e do Presentismo com a Intensidade da dor

Em primeiro lugar, criou-se uma variável “intensidade” que reflete a média das intensidades sentidas no total das regiões do corpo ($M = 6.29$; $DP = 1.83$). De seguida, de forma a criar três intervalos de intensidades, subtraiu-se o valor do desvio-padrão ao valor da média que resultou em 4.46 e somou-se ao valor da média o valor do desvio-padrão perfazendo um total de 8.12. Assim sendo, recodificou-se a variável “intensidade” para “intensidade_r” em que: valores até 4.46 passariam a ter o valor de 1, representando a intensidade fraca; valores entre 4.47 e 8.11

passariam a ter o valor de 2, representando a intensidade moderada; e valores a partir de 8.12 passariam a ter o valor de 3, representando a intensidade forte.

A variável “intensidade_r” é uma variável qualitativa ordinal medida numa escala tipo *Likert* de Intensidade Fraca (1) a Intensidade Forte (3), o AP e o AN são variáveis quantitativas e o indicador fornecido pela SPS-6 é uma variável quantitativa e, por isso, aplicou-se o teste *Kruskal-Wallis H* para as várias análises, uma vez que não se verificaram os pressupostos da aplicação do teste *One-way ANOVA*.

Ao correlacionar a intensidade com o AP (*Kruskal-Wallis H*₍₂₎ = 1.367; *p* > 0.05) e com o AN (*Kruskal-Wallis H*₍₂₎ = 0.719; *p* > 0.05) concluiu-se que, para ambos, as distribuições populacionais são iguais em todos os grupos.

Na relação entre a intensidade e o presentismo, rejeitou-se a hipótese nula (*Kruskal-Wallis H*₍₂₎ = 19.958; *p* < 0.01) e assumiu-se que existem pelo menos dois grupos diferentes entre si. Estando perante uma variável quantitativa, realizaram-se os testes *post-hoc*, neste caso o teste de *Scheffé* que é um teste robusto, para encontrar os pares de grupos com médias de importância significativamente diferentes. As diferenças na intensidade são significativas, quando analisadas em termos médios, entre os participantes que atribuíram valores de intensidade fraca e os participantes que atribuíram valores de intensidades moderada e forte. Os grupos de participantes que sentiram intensidades moderadas ou fortes não se diferenciam significativamente entre si, apresentando médias mais baixas, 2.94 (*DP* = 0.84) e 2.33 (*DP* = 0.70), respetivamente (Tabela 3.8). Assim, quando a intensidade da dor é fraca, o trabalho é menos afetado quando comparado com as intensidades moderada e forte.

Tabela 3.8*Diferenças positivas significativas entre os diferentes níveis de intensidade da dor*

	Intensidade fraca	Intensidade moderada	Intensidade forte	Indicadores SPS-6
Intensidade fraca	–	+ 1,212 ($p < 0.01$)	+ 1,819 ($p < 0.01$)	$n = 12$ $\bar{X} = 4.15$ $S' = 0.71$
Intensidade moderada		–		$n = 45$ $\bar{X} = 2.94$ $S' = 0.84$
Intensidade forte			–	$n = 6$ $\bar{X} = 2.33$ $S' = 0.70$

3.7. Correlação entre Intensidade da dor, Presentismo e BES

No sentido de se analisar a relação entre a intensidade da dor, o presentismo e o bem-estar subjetivo recorreu-se à análise de correlações de Pearson destacada na Tabela 3.9.

No que tange ao presentismo, este estudo revelou que para um nível de significância de 0.05 (e também para 0.01) há evidências que sugerem que a intensidade da dor está relacionada moderadamente com a DE ($R_{(64)} = 0.596$; $p = < 0.001$) de forma positiva, isto é, quanto maior a intensidade da dor, maior foi a capacidade de foco e atenção, pelo que, a H3a não é confirmada. Para o TC não existem indícios para se afirmar que há uma relação com a intensidade da dor ($R_{(63)} = -0.158$; $p = 0.217$) e, por isso, a H3b também não é confirmada.

Os resultados mostraram que não existem evidências estatísticas no presente estudo para se afirmar que a intensidade da dor está relacionada com o AP ($R_{(62)} = 0.050$; $p = 0.698$), bem como, para se afirmar que a intensidade da dor está relacionada com o AN ($R_{(63)} = 0.074$; $p = 0.566$), não comprovando a H4.

Tabela 3.9*Correlação da intensidade com DE, TC, AP e AN (R de Pearson)*

	Distração Evitada	Trabalho Concluído	Afeto Positivo	Afeto Negativo
Intensidade da dor	0.596**	-0.158	0.050	0.074

3.8. Correlação entre BES e Presentismo

Com o objetivo de averiguar a relação entre o bem-estar subjetivo (AP e AN) e o presentismo (DE e TC) recorreu-se à análise de correlações de Pearson representada através da Tabela 3.10. Constatou-se que apenas não há relação entre o AP e a DE ($R_{(62)} = -0.042$; $p = 0.746$). Em oposição, os resultados apontam que, para um nível de significância de 0.05 (e também para 0.01) encontraram-se evidências para se afirmar que existe uma relação fraca entre o AP e o TC ($R_{(61)} = 0.353$; $p = 0.005$), na qual maior afetividade positiva deu origem a mais tarefas concluídas, o que significa que a H5 é parcialmente comprovada.

No mesmo sentido do resultado anterior, o AN está relacionado moderadamente com a DE ($R_{(63)} = 0.428$; $p = < 0.001$), sendo que mais afetos negativos ajudaram a ter maior capacidade de concentração no trabalho. Somente para um nível de significância de 0.05, realça-se a existência de uma fraca relação entre o AN e o TC ($R_{(62)} = -0.275$; $p = 0.031$) que evidencia que mais afetos negativos contribuíram para um trabalho menos completo, mostrando que também a H6 é confirmada de forma parcial.

Tabela 3.10

Correlação entre AP, AN, DE e TC (R de Pearson)

	Distração Evitada	Trabalho Concluído
Afeto Positivo	-0.042	0.353**
Afeto Negativo	0.428**	-0.275*

3.9. Influência do número de regiões afetadas nos AP, AN e Presentismo

Uma vez que o AP e o AN são variáveis quantitativas, bem como o indicador fornecido pela escala de presentismo (SPS-6) que é uma variável ordinal, mas tratada como quantitativa (dependente) e o número de regiões afetadas é uma variável qualitativa nominal (independente) que define dois grupos independentes, para os quais se pretende verificar se as suas médias de afetividade positiva são diferentes, aplicou-se o teste t para duas amostras independentes. Como se têm duas grandes amostras (ambas iguais a 33, logo, superiores a 30) pela aplicação do Teorema do Limite Central pode considerar-se o pressuposto verificado.

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que o AP para quem tem LME em 1 a 4 regiões corporais é diferente para quem tem LME em 5 a 9 regiões corporais ($t_{(60)} = 0.376$; $p > 0.05$). De facto, o grupo que tem menos lesões ($M = 3.08$) e o grupo que apresenta mais lesões ($M = 3.01$) apresentam médias praticamente iguais e, portanto, conclui-se que o número de

lesões não influencia a afetividade positiva. De igual forma, não há diferenças significativas entre os participantes que têm LME até 4 regiões corporais incluindo e os participantes que têm LME em 5 até 9 regiões corporais ($t_{(61)} = -0.670$; $p > 0.05$), apresentando médias de 2.26 e de 2.43, respectivamente. Logo, não há influência do número de lesões sobre a afetividade negativa. Diante disso, a H7 não é confirmada para nenhum dos afetos.

Em relação ao presentismo, há diferenças significativas entre os dois grupos ($t_{(61)} = 4.007$; $p < 0.05$), verificando-se através das médias, isto é, $M = 3.54$ para o grupo que tem LME em 1 a 4 regiões corporais e $M = 2.67$ para quem tem LME em 5 a 9 regiões corporais, o que sugere que o número de lesões influencia o presentismo, pois no grupo com mais lesões houve uma menor produtividade associada ao comportamento de presentismo, logo menos distração evitada e menos trabalho concluído, confirmando assim a H8.

CAPÍTULO 4

Discussão dos resultados

A presente dissertação visou examinar a relação entre as LME, o presentismo e o BES no contexto de trabalho administrativo e não administrativo. O objetivo foi perceber se os indivíduos tendem a ir trabalhar embora se encontrem lesionados e se isso tem influência na produtividade laboral e nos seus afetos, positivos ou negativos. Por conseguinte, este estudo vem adicionar dados à literatura, na tentativa de ser inovador ao estudar as variáveis mencionadas em conjunto.

Com base em investigações anteriores foram desenvolvidas várias hipóteses, no que diz respeito às possíveis relações entre as variáveis. Comparando com os indivíduos sem LME, esperava-se que os indivíduos com LME, independentemente da região afetada, apresentassem valores médios inferiores na escala de perdas de produtividade associada ao presentismo (H1) e valores médios de afetos positivos inferiores e afetos negativos superiores (H2). Considerou-se que os níveis de produtividade associada ao presentismo variassem em função da intensidade da dor e, por isso, previa-se que intensidade mais forte de dor estaria associada a um score mais baixo de DE (H3a) e a um score mais baixo de TC (H3b), bem como se considerou que os níveis de bem-estar variassem em função da intensidade da dor e, por esse motivo, previa-se que intensidade mais forte de dor estaria associada a um score mais baixo de afetos positivos e mais alto de afetos negativos (H4). Também se colocaram em hipóteses que quanto mais alto fosse o score de afetos positivos, mais alto seria o score na escala de perdas de produtividade associada ao presentismo, traduzido em scores mais altos de DE e de TC (H5), da mesma forma que quanto mais alto fosse o score de afetos negativos, mais baixo seria o score na escala de perdas de produtividade associada ao presentismo, traduzido em scores baixos de DE e de TC (H6). Por último, supôs-se que quanto maior fosse o número de regiões afetadas, menor seria o score de afetos positivos e maior o score de afetos negativos (H7), assim como mais baixos seriam os scores na escala de perdas de produtividade associada ao presentismo, o que refletiria um trabalho mais afetado (H8).

Vários foram os inquiridos que relataram não saber se tinham LME, o que pode significar que não sabem ao certo o que são LME, provavelmente devido à falta de informação e formação por parte das entidades empregadoras, devendo ser este um dever das mesmas (APSEI, 2022). Sintomas musculoesqueléticos podem surgir graças às deficiências ergonómicas encontradas nos postos e nas condições organizacionais de trabalho (Ekberg et al., 1995 e Fredriksson et al., 2000 como citados em Sjögren, 2006; EU-OSHA, 2022). É do senso comum que o trabalho

administrativo é maioritariamente em ambiente de escritório caracterizado pela permanência na posição sentada, envolvendo uma secretária, uma cadeira e, por norma, um computador. Assim sendo, nesta dissertação não houve consideração sobre vários aspetos (incluindo ergonómicos), tais como: quantos anos de trabalho a pessoa tem na mesma função; quantas horas trabalha semanalmente; quantas horas permanece sentada ou noutras posições, nomeadamente, em pé (EU-OSHA, 2021); o seu índice de massa corporal (IMC); a ajustabilidade da cadeira e da mesa; o apoio para pés; e a distância correta a que está do computador.

Tal como sugerido por Johns (2010), tentou averiguar-se a quantidade total de dias de presentismo, questionando os indivíduos sobre quantas vezes nos últimos 12 meses tinham ido trabalhar, embora o seu estado de saúde implicasse uma licença médica e a maioria da amostra considera ter ido para o trabalho entre zero e trinta vezes quando na verdade sentia necessidade de ficar em repouso, talvez porque os inquiridos não consideraram ter algo demasiado grave para não trabalhar ou até mesmo para ir ao médico ou porque, por exemplo, a sua personalidade de resiliência e persistência influencia o seu comportamento (Johns, 2010). Já a minoria da amostra afirma ter ido trabalhar mais de trinta vezes, mesmo precisando de se ausentar do trabalho por motivos de saúde. Isto pode ser fruto de várias razões individuais ou relacionadas ao trabalho (Krohne & Magnussen., 2011; Lohaus & Habermann, 2019; Pohling et al., 2016), desde o elevado *engagement* dos inquiridos para com a organização (Bierla et al., 2013), a atitude (Johns, 2010) de não querer falhar, o contexto e cultura organizacionais (Lima et al., 2019; Martinez et al., 2007; Martinez & Ferreira, 2012) que se podem traduzir em altas exigências de trabalho, diante de políticas de redução do número de faltas dadas pelos trabalhadores (Deery et al., 2014; Lohaus & Habermann, 2019), entre outras.

Tendo por base os achados deste estudo, o pescoço e a região lombar são as zonas anatómicas mais afetadas por LME nos últimos 12 meses, o que é coincidente com outros estudos (Ayub & Shah, 2018; Choobineh et al., 2007; De Barros & Alexandre, 2003; EU-OSHA, 2021; Ghasemkhani et al., 2008; Punnet & Wegman, 2004), nos quais estas duas regiões também fazem parte da lista das mais afetadas, ainda que não exclusivamente e nem sempre pela mesma ordem, tanto em atividades administrativas como não administrativas. Os resultados mostram inclusive que os inquiridos alegaram sentir menos dor, desconforto ou dormência nos sete dias antes da resposta ao questionário relativamente ao último ano, porventura porque possam durante esse período ter procurado ajuda médica, a sua organização ter implementado programas de atividade física (Proper et al., 2003 como citado em Sjögren, 2006) ou encontrar-se a trabalhar em sistema híbrido, intercalando entre dias mais agitados e dias de maior repouso, o que pode ter ajudado no alívio de sintomas.

No geral, as condições musculoesqueléticas contribuem para uma grande carga de incapacidade para trabalhar, parcial ou total (March et al., 2014), e de sofrimento para os seus detentores (Mock & Cherian, 2008). Neste estudo, conforme esperado, visto pertencerem às zonas anatómicas mais afetadas, o pescoço, os ombros e a região lombar contribuíram em maior escala para que os indivíduos evitassem a realização das suas atividades normais durante os 12 meses anteriores à resposta ao questionário. Por oposição, a região que menos impediu a realização de tarefas de trabalho, serviço doméstico ou lazer foi os cotovelos, o que coincide com as regiões nas quais os indivíduos apresentaram menos LME: cotovelos e região torácica.

Apesar de terem características diferentes, constatou-se que não existe relação entre o ramo de trabalho (administrativo ou não administrativo) dos inquiridos e as LME. Não é um resultado estranho pois, para além dos trabalhos típicos de escritório estarem associados à existência de trabalhadores com LME (Sjögren, 2006; Mahmud et al., 2011), a literatura tem mencionado outras atividades do ramo não administrativo onde a presença desta doença é assídua, tais como trabalhos de soldagem (Krüger et al., 2015), setores da educação (Aronsson et al., 2000), construção civil, agricultura, abastecimento de água, silvicultura e pesca (EU-OSHA, 2019), profissões na área da saúde como enfermagem, obstetrícia (Aronsson et al., 2000) e higienistas orais (Serranheira et al., 2012) ou profissões que incluam movimentação manual de cargas (EU-OSHA, 2007). Logo, embora não se tenham apurado dados específicos sobre a profissão ou o setor de atividade dos participantes não administrativos, pode ter-se dado o caso de corresponderem a algumas das atividades indicadas anteriormente.

Vários autores defendem que as LME são uma das maiores causas de perda de produtividade (Pohling et al., 2016) traduzidas, por exemplo, em presentismo à conta da diminuição da capacidade no decorrer do trabalho (March et al., 2014; Grawitch et al., 2017). Ora, pelo contrário, é natural que pessoas que não tenham LME sejam mais produtivas, uma vez que não têm dores ou outro tipo de sintomas a afetar as suas atividades diárias, tal como aconteceu aos inquiridos deste estudo sem LME nas regiões dos ombros, cotovelos, região torácica, ancas e coxas e tornozelo e pés que apresentaram níveis mais altos de produtividade associados ao presentismo, o que demonstra que conseguiram terminar as suas tarefas, bem como evitar possíveis distrações, em comparação com os inquiridos com LME nestas regiões. Os resultados para o pescoço, o punho e mãos, região lombar e joelhos desviaram-se das expectativas, pois não houve diferença entre os indivíduos com e sem LME, ajudando a confirmar a H1 apenas parcialmente.

As emoções positivas têm demonstrado ter peso na saúde e sobre as emoções negativas (Diener & Chan, 2011). Porém, ao contrário do expectável, os resultados indicam que o AP não

se diferenciou entre o grupo de lesão e o grupo de não lesão em qualquer uma das nove zonas anatómicas (pescoço; ombros; cotovelos; punho/mãos; região torácica; região lombar; ancas/coxas; joelhos; tornozelo/pés). Os inquiridos que não manifestaram qualquer tipo de dor, desconforto ou dormência no pescoço responderam vivenciar mais AN quando comparado com os que relataram ter algum tipo de queixa. Estes dois resultados referidos anteriormente podem relacionar-se com o humor no momento do relato de dor (Gaskin et al., 1992), visto que as emoções podem oscilar durante o dia (Weiss, 2002), bem como o comportamento que o indivíduo adota, podendo este ser altamente flutuante (Ohly et al., 2010) e estar dependente do que se passa na organização e com o próprio colaborador (Brief & Weiss, 2002). Os indivíduos que referiram LME nos cotovelos e nos tornozelos e pés também estiveram rodeados de maior afetividade negativa, o que era aguardado (H2), pois a dor tende a provocar desespero e tormento (Gureje et al., 1998) e se esta for crónica afeta de forma negativa o humor (Gaskin et al., 1992). Não obstante, podem existir outras razões como o facto de os afetos positivos não terem sido altos o suficiente para mitigar os negativos (Diener et al., 1985 como citado em Diener, 2009; Diener et al., 2018), ao contrário do que aconteceu no estudo de Strand et al. (2006) como citado em Diener e Chan (2011).

Ao analisar a intensidade da dor de forma repartida em fraca, moderada e forte, não houve diferenças na relação entre os vários tipos de intensidade e os afetos positivos ou negativos. No que toca ao presentismo, a intensidade fraca destacou-se, mostrando-se diferente das intensidades moderada e forte, o que indica que a produtividade laboral associada ao presentismo foi menos afetada quando a intensidade da dor dos indivíduos era fraca.

No entanto, diante das duas facetas do presentismo tratadas em separado relativamente à intensidade da dor, os resultados são contraditórios com o resultado supra referido. A intensidade da dor relacionou-se com a DE que está associada a causas psicológicas (Koopman et al., 2002) e revela a capacidade de concentração exibida a partir do surgimento de sintomas de presentismo (Lima et al., 2019). Neste caso, quanto maior a intensidade da dor, maior foi o prazer retirado do trabalho e mais fácil foi a gestão e a concretização daquilo que estava a ser realizado, rejeitando a H3a. Não estava previsto este resultado, até porque ter de trabalhar com dor é mais desafiante do que trabalhar sem dor (Wainwright et al., 2022) porém, para Johnson (2005) a atenção que é voltada para um estímulo ou estímulos não dolorosos de maneira voluntária e consciente é capaz de suprimir a percepção de um estímulo altamente saliente, como é o caso da dor, podendo haver uma redução da experiência de dor e, por sua vez, um aumento da tolerância à dor. Portanto, possivelmente se os trabalhadores desviarem as suas atenções para o trabalho que estão a fazer, a dor tende a «desaparecer» durante esse período. Também se pode

supor que os indivíduos conseguiram adotar estratégias de autogestão da dor como no estudo de Tveito et al. (2010), através da alteração de rotinas de trabalho (horários diferentes; rotatividade; pausas para fazer exercícios) e de lazer, armazenamento de medicamentos no local de trabalho para poder reduzir os sintomas de dor existentes, uso de estratégias cognitivas (segmentar o trabalho; recompensas; conversas internas positivas) e comunicação da dor eficazmente (maioritariamente com colegas de trabalho com os quais se mantém alguma relação mais próxima e de confiança).

Diversamente, a intensidade da dor não mostrou qualquer relação com o TC (refutando a H3b), que, segundo Koopman et al. (2002) incide nas causas físicas e corresponde à quantidade de trabalho realizado. Eventualmente, a intensidade da dor prende-se mais com razões psicológicas relacionando-se na sua maioria com a DE, tal como se analisou anteriormente e poderá haver outras interferências da dor mais relevantes para o funcionamento do indivíduo que não exclusivamente a intensidade, tal como a duração. Por exemplo, existem três estudos que podem ajudar a explicar este raciocínio, ao mostrar dados semelhantes entre eles: no primeiro (Burton et al., 2004), vários funcionários identificados como pacientes de depressão e com dores nas costas mencionaram que o seu trabalho era afetado nos aspetos mentais e interpessoais devido ao seu distúrbio; no segundo (Malmgren-Olsson & Armelius, 2001), para além de sofrerem com LME prolongadas, quase metade dos pacientes também apresentaram problemas psicológicos; e no terceiro (Gureje et al., 2008) a dor persistente, que pode perdurar durante semanas ou meses, foi relacionada a distúrbios psicológicos. Posto isto, há uma notória presença de transtornos do foro psicológico perante problemas físicos e que podem ter mais peso no dia a dia de trabalho dos indivíduos. Além disso, nos dois últimos estudos está implícita a duração da dor ou da lesão e não a intensidade da mesma, contudo percebe-se que estas variáveis têm tendência para se relacionar mais acentuadamente com a saúde mental em comparação com a saúde física.

Nas suas pesquisas, Diener e Chan (2011) encontraram evidências de que as emoções positivas estão associadas a menor dor e tolerância à dor superior. Todavia, maior intensidade da dor não exibiu qualquer contribuição para mais ou menos sentimentos e emoções positivas ou negativas, refutando a H4. Pode ser explicado por intermédio de fatores que importam mais aos afetos do que a intensidade ou outros fatores que este estudo não teve em conta, podendo os afetos serem atingidos pela manifestação que a dor (independentemente da intensidade) ou a lesão provoca na vida e/ou na qualidade de vida da pessoa. No presente estudo não se averiguou se os indivíduos têm a sua situação mais ou menos controlada, por exemplo através da toma de medicação (Lourenço & Luís, 2021), ou através de exercício físico, incluindo a

prática de algum desporto. É também importante referir o momento do estudo, no qual ainda se estava a «sair» da pandemia covid-19, não sabendo ao certo que impacto é que esta doença tem na forma como os indivíduos sentem a dor no trabalho (Wainwright et al., 2022). Além do mais, nesta altura o medo e o receio de contrair a doença e a permanência durante muito tempo em casa, contribuíram para o crescimento de problemas de ordem psicológica que, certamente, foram motivo de maior preocupação e destabilização, sendo este um fator que demonstrou ter efeitos sobre os afetos, nomeadamente um aumento dos afetos negativos (Foa et al., 2020) e uma descida da satisfação (Cheng et al., 2020).

Olhando para o BES e para o presentismo de forma detalhada e correlacionando-os entre eles, destacou-se o facto de não haver relação entre o AP e a DE, embora se esperasse uma relação positiva entre estas duas variáveis, no entanto, os afetos negativos parecem ter tido um papel mais importante para evitar distrações e para o presentismo em geral. O AP relacionou-se positivamente com o TC, isto é, indica que apesar dos indivíduos se encontrarem lesionados, as suas emoções positivas, importantes para o desempenho (Kaplan et al., 2009) ajudaram na eficácia do trabalho e, ao irem trabalhar abstraem-se da sua lesão, estão acompanhados e continuam a produzir nos seus empregos, mostrando que o comportamento de presentismo por doença também consegue ser benéfico até um certo limite (Dietz & Scheel, 2017; Kinman & Grant, 202; Krohne & Magnussen, 2011; Miraglia & Johns, 2016). Assim sendo, a H5 não é completamente corroborada. Observou-se que o AN se relacionou com a DE e com o TC de forma distinta, ou seja, emoções e sentimentos negativos contribuíram para maior capacidade de foco e atenção no trabalho, mas, por outro lado, a afetividade negativa prejudicou a capacidade de conclusão do trabalho, tal como esperado. São resultados que se contradizem, todavia, não se avaliou a satisfação no trabalho, que pode ter um papel moderador na relação entre os afetos e o desempenho como no estudo de Bouckennooghe et al. (2013) que revelou que os indivíduos que estão insatisfeitos no trabalho relataram altos níveis de AN e ficaram mais presos a tentar alcançar níveis de desempenho elevados ou de outra perspetiva, também é provável que apesar da afetividade negativa que rodeia um indivíduo em razão da sua lesão, este possa sentir-se feliz no trabalho em consequência dos ambientes de trabalho positivos e favoráveis, (por exemplo: suporte do supervisor (Zhou et al., 2016)), e por esse motivo tem a capacidade de se centrar nas tarefas e concretizá-las com menos dificuldade, tirando algum prazer do seu trabalho. Apesar disso, o presentismo continua a ser uma das possíveis formas de retratar as perdas de produtividade devido ao desempenho diminuído em razão de problemas de saúde (Grawitch et al., 2017) e os afetos negativos têm demonstrado efeitos ruins na tarefa

de desempenho (Kaplan et al., 2009). Por conseguinte, a H6 também não é confirmada de forma completa.

Quanto ao número de regiões afetadas, este não influenciou o BES, independentemente de se olhar para o AP ou para o AN, contrariando a H7. A literatura tem exposto outras variantes que têm impacto nos afetos, como é o caso da dor contínua com implicações mais abrangentes no bem-estar (Gureje et al., 1998), a modificação das condições de trabalho a nível ergonómico (Kuorinka et al., 1995) ou a atividade física (Brown et al., 2011). Por outro lado, o número de regiões afetadas tem influência no presentismo (H8). As descobertas apontam no sentido de que menos zonas anatómicas (1 a 4) com doença levam a uma produtividade superior, tendo em conta que os indivíduos possuíram maior capacidade de concentração e foco, o que lhes permitiu também finalizar o trabalho, ou seja, mais DE e mais TC. De maneira oposta, indivíduos com um maior número de regiões (5 a 9) com LME, leva a menores níveis de produtividade associados ao presentismo, isto é, menos DE e menos TC. Até onde se sabe, as pesquisas que têm sido feitas, não têm analisado a relação entre a quantidade de regiões corporais com lesão e o presentismo, focando-se maioritariamente nas consequências que os trabalhadores acarretam à custa de ambos.

4.1. Limitações do estudo

O presente trabalho sofre de várias limitações que devem ser tratadas e que ajudam na melhor compreensão de alguns resultados obtidos.

Primeiro, a dimensão da amostra deveria ser maior para haver mais segurança e robustez nos resultados e respetivas análises, mas apesar de vários esforços realizados para a aumentar, houve dificuldades na recolha de dados, que se refletiu em duas frentes principais: número reduzido de indivíduos com LME e número reduzido de indivíduos do género masculino.

Em segundo lugar, não foram consideradas questões mais profundas para aqueles que se intitularam como profissionais do ramo não administrativo, fazendo desta uma definição muito vaga daquilo que é a sua profissão ou o setor onde trabalha.

No estudo foram utilizados dados de autorrelato, podendo existir algum enviesamento nas respostas dadas pelos participantes. Além disso, algumas perguntas exigiam que o inquirido recordasse episódios de dor em diferentes momentos temporais, nomeadamente dos últimos 12 meses e dos últimos 7 dias.

No que diz respeito aos sentimentos e emoções dos indivíduos, o seu humor no dia em que o questionário é realizado pode influenciar os resultados da *Positive and Negative Affects*

Schedule, isto é, se o trabalhador se encontrar desanimado tendencialmente responderá que sente emoções negativas num nível mais elevado do que emoções positivas, da mesma forma que se se sentir muito feliz a pontuação de emoções positivas será, à partida, superior à das emoções negativas, independentemente da razão desse estado ser pessoal ou profissional. Isto acontece porque o estado das emoções flutua ao longo do dia e, por isso, sofre uma grande variância no cotidiano dos indivíduos, que os leva a experienciar vários humores e desempenhos diferentes no trabalho de um dia para o outro (Ohly et al., 2010), ainda que, neste caso, a instrução temporal remetesse o indivíduo para as últimas semanas.

4.2. Propostas futuras

Na sequência das limitações apresentadas ao estudo é pertinente referir algumas sugestões para pesquisas e/ou investigações que se realizem no futuro. Seria conveniente ter uma amostra de maior dimensão e, que por sua vez, incluísse mais participantes do género masculino, para entender se existem diferenças na experiência de presentismo (Brown et al., 2011). Era importante também especificar o setor de atividade dos inquiridos não administrativos para permitir uma melhor comparação das lesões mais frequentes em cada profissão.

Num estudo futuro, pode procurar-se fazer uma avaliação externa do presentismo, por exemplo, questionar colegas de trabalho (Dietz et al., 2020) ou familiares dos indivíduos com LME com o intuito de recolher respostas além de dados de autorrelato.

Alguns pontos como a intensidade da dor ou os afetos precisam de ser mais explorados pois os resultados das suas relações apontam para a potencial existência de outras variáveis pertinentes e, por isso, propõe-se a realização de entrevistas com os inquiridos para se aprofundar os processos associados e aconselha-se a estudar o traço emocional em substituição do estado emocional para se estar menos propenso a oscilações de humor. Além disso é recomendado que o estudo possa ser replicado num momento mais longínquo da pandemia covid-19, para que não haja dúvidas sobre qualquer enviesamento devido à doença, uma vez que, não só perturbou a saúde mental como também levou ao sedentarismo, pois muitas pessoas passaram a trabalhar a partir de casa e a prática de exercício físico era insuficiente.

Sugere-se a realização de um estudo longitudinal, com a introdução de ginástica laboral ou algum tipo de exercício físico, tal como são exemplo os estudos de Mahmud et al. (2011), Sjögren (2006) e Kuorinka et al. (1995), nos quais foram feitas intervenções durante 6 meses, 12 meses e 3 anos, respetivamente, no entanto propõe-se, a título de exemplo, a utilização de uma *app* gratuita a que todos possam ter acesso nos seus telemóveis como é o exemplo da

“*Musculoskeletal MSK Self-Care*” que fazia parte do projeto inicial deste estudo, no qual o objetivo era dividir os participantes que tinham respondido afirmativamente à questão “Tem alguma lesão musculoesquelética?”, criando dois grupos, um de controle e outro experimental, que de forma randomizada, teriam acesso a um bloco com informações sobre a aplicação e a execução de exercícios através da mesma, a realizar antes das suas tarefas diárias conforme a região corporal afetada pela lesão. A experiência deveria durar cerca de duas semanas, sendo apresentado o questionário duas vezes tanto ao grupo experimental, como ao grupo de controle, este último sem qualquer tipo de intervenção a realizar entre o início e o fim da experiência. Infelizmente, não foi possível dar continuidade a este plano porque não se conseguiu atingir uma boa dimensão da amostra.

Ademais, ainda suscita-se a possibilidade de realizar um estudo diário, no qual os dados seriam coletados diariamente, com questionários reduzidos de 5 a 7 minutos e escalas abreviadas e adaptadas (Reis & Gable, 2000 como citado em Ohly et al., 2010), de forma a captar alterações de desempenho, humor e outros estados com intervalos de tempo mais curtos (Ohly et al., 2010).

4.3. Contribuições práticas

Ao abordar um assunto que, provavelmente toca a muitos colaboradores das organizações em geral, serve o presente trabalho de mais um alerta para as LME como doença profissional e para o presentismo como um comportamento que pode agravar tais lesões e outras doenças. Desta forma, procurou ser útil principalmente para os profissionais de recursos humanos e em especial para os que trabalham nas vertentes da SST e da psicologia organizacional e que procuram todos os dias contribuir para ambientes de trabalho saudáveis.

Considera-se importante questionar os indivíduos de forma mais frequente sobre eventuais LME e em como estas afetam os seus dias de trabalho, devendo ser este um processo realizado em conjunto com a medicina do trabalho de maneira a: verificar informações sobre episódios de licença médica (Dietz et al., 2020); perceber se os diagnósticos realizados aos indivíduos estão a ser bem executados; e se, posteriormente estes recebem os tratamentos adequados.

Além disto, este estudo chama mais uma vez a atenção para a importância da realização de exercícios de ginástica laboral ou da sua introdução nas organizações onde ainda não existe esta prática; para a adaptação dos locais e procedimentos de trabalho às necessidades dos colaboradores (BIT, 2009); e para avaliar possíveis razões que possam estar a aumentar os valores de presentismo como políticas sobre redução do absentismo.

4.4. Contribuições teóricas

As LME, o presentismo e o BES têm vindo a ser estudadas ao longo de vários anos, maioritariamente de forma individual, a pares ou com outras variáveis, não havendo, até onde se conhece, estudos anteriores que interliguem as três variáveis descritas. Pesquisas passadas têm-se concentrado em perceber que impacto é que as LME têm no BES e no presentismo de uma forma geral. Aqui pretendia-se realizar um estudo mais detalhado e, para isso, analisou-se cada região do corpo em separado, o BES dividido em AP e AN e a produtividade associada ao presentismo em razão da DE e do TC, dando, desta forma, novos contributos para a literatura sobre as LMERT, o presentismo e as emoções incluindo o BES no local de trabalho, até porque a forma como os indivíduos encaram o trabalho vai sofrendo mutações ao longo do tempo e requer de informações constantes e atualizadas. Sendo assim, os resultados do presente estudo oferecem algumas implicações teóricas.

Em primeiro lugar, trabalhos administrativos e não administrativos contribuem para LME, principalmente para as zonas anatómicas do pescoço e da região lombar (EU-OSHA, 2021; Sjögren, 2006), acabando por serem os preditores principais no impedimento de realização de tarefas, coincidente com Collins et al. (2005). Do lado avesso, as zonas menos lesadas foram os cotovelos e a região torácica.

Uma parte da literatura tem estudado que as LME têm influência no presentismo e nas perdas de produtividade (Pohling et al., 2016). Nesta dissertação, o trabalho foi menos afetado através do presentismo pelos participantes sem LME nos ombros, cotovelos, região torácica, ancas/coxas e tornozelo/pés. Adicionalmente, descobriu-se que o número de regiões tem impacto na produtividade laboral associada ao presentismo e, portanto, é um fator que deve continuar a ser averiguado. A intensidade da dor analisada sob uma escala de 0 a 10 destacou-se somente na sua relação positiva com a DE, no entanto, quando analisada separadamente entre intensidade da dor fraca, moderada e forte percebeu-se que o trabalho foi mais completo e com menos distrações com uma intensidade da dor fraca.

Em relação ao papel dos afetos na vida dos indivíduos e ainda que de forma ligeira, o AN mostrou maior impacto nas suas relações com as LME e com o presentismo. Maior AN esteve associado aos participantes sem LME no pescoço, aos participantes com LME nos cotovelos, tornozelos e pés, a mais DE e a menos TC. O AP apenas sobressaiu pela sua relação positiva com o TC.

CAPÍTULO 5

Conclusões

As LME já se tornaram uma realidade há muito tempo e consigo têm trazido inúmeras consequências, sendo algumas delas associadas ao presentismo e ao bem-estar subjetivo no trabalho. Mesmo que possam ou não ser adquiridas no local de trabalho deve fazer-se os possíveis para os indivíduos sentirem-se apoiados na resolução do seu problema, a fim de não ver diminuídas a sua produtividade e a satisfação perante o seu desempenho.

Nesta dissertação, a forma como as três variáveis em estudo se relacionaram entre si exterioriza a importância de se continuar a debruçar sobre o aparecimento destas lesões, sobretudo nas zonas anatómicas mais afetadas como o pescoço e a região lombar e principalmente se incapacitarem os indivíduos de realizar as suas tarefas. Além disso, uma vez que os afetos negativos se mostraram mais fortes na sua relação com as LME e com o presentismo do que os afetos positivos, é primordial conversar mais com os colaboradores sobre emoções para que as saibam gerir na presença de problemas físicos e consequentes transtornos psicológicos coligados. Deve-se ainda procurar avaliar o presentismo mais frequentemente e estudar outras estratégias mais eficazes de o apurar, visto ter-se mostrado um indicador importante relacionado ao número de regiões corporais afetadas com LME.

Apesar de já não se estar no epicentro da pandemia covid-19, esta pode ter tido alguma influência nas respostas dos participantes. Desde então a saúde mental tem vindo a receber cada vez maior dedicação, assim como os formatos de teletrabalho (também associado a LME) e trabalho híbrido que devem ser foco de responsabilidades por parte da gestão de recursos humanos, passando por ir a casa dos colaboradores perceber se estes estão a trabalhar nas condições ergonómicas devidas, informá-los sobre momentos de pausa, equipamentos, posturas a adotar, ambiente térmico adequado, como combater o sedentarismo, entre outros fatores ergonómicos e psicossociais sob a forma de intervenção e prevenção de doenças como as LME.

É urgente que haja uma verdadeira preocupação em informar e formar os indivíduos com e sem LME, em adaptar os locais de trabalho às necessidades individuais de cada um, fomentando mudanças que ajudem a encarar os dias de trabalho, como o incentivo de pausas para fazer exercício que já vai sendo implementado por algumas organizações. É muito importante para um colaborador sentir que a organização onde trabalha se preocupa com ele e com o equilíbrio da sua vida, o que fará com certeza aumentar a sua motivação e os seus afetos positivos.

Referências Bibliográficas

- Almeida, C. G. D. S. T. G. D., & Fernandes, R. D. C. P. (2017). Distúrbios musculoesqueléticos em extremidades superiores distais entre homens e mulheres: resultados de estudo na indústria. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 42. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000125515>
- Angner, E. (2010). Subjective well-being. *The Journal of Socio-Economics*, 39(3), 361-368. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.12.001>
- APSEI – Associação Portuguesa de Segurança, *Segurança no Trabalho – Ergonomia*. (2022). Disponível em: <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/ergonomia/>. Acesso em: 27 de abril de 2021
- Arjona-Fuentes, J. M., Ariza-Montes, A., Han, H., & Law, R. (2019). Silent threat of presenteeism in the hospitality industry: Examining individual, organisational and physical/mental health factors. *International Journal of Hospitality Management*, 82, 191-198. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2019.05.005>
- 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*, 958-966. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000177219.75677.17>
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(7), 502-509. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.54.7.502>
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of management review*, 18(1), 88-115. <https://doi.org/10.5465/amr.1993.3997508>
- Ashkanasy, N. M. (2003). Emotions in organizations: A multi-level perspective. In *Multi-level issues in organizational behavior and strategy* (pp. 9-54). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1016/S1475-9144\(03\)02002-2](https://doi.org/10.1016/S1475-9144(03)02002-2)
- Ashkanasy, Neal M. (2015). International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences || *Emotions and Work*. , (), 507–512. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.22037-0>
- Ashkanasy, N. M., & Dorris, A. D. (2017). Emotions in the workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 67-90. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113231>
- Ayub, Y., & Shah, Z. A. (2018). Assessment of work related musculoskeletal disorders in manufacturing industry. *J Ergonomics*, 8(3), 1-5. <https://doi.org/10.4172/2165-7556.1000233>
- Bakker, A. B., & Oerlemans, W. (2011). Subjective well-being in organizations. *The Oxford handbook of positive organizational scholarship*, 49, 178-189. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199734610.013.0014>
- Barbe, M. F., Gallagher, S., Massicotte, V. S., Tytell, M., Popoff, S. N., & Barr-Gillespie, A. E. (2013). The interaction of force and repetition on musculoskeletal and neural tissue responses and sensorimotor behavior in a rat model of work-related musculoskeletal disorders. *BMC musculoskeletal disorders*, 14(1), 1-26. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-303>
- Barsade, S. G., & Gibson, D. E. (2007). Why does affect matter in organizations?. *Academy of management perspectives*, 21(1), 36-59. <https://doi.org/10.5465/amp.2007.24286163>

- Bierla, I., Huver, B., & Richard, S. (2013). New evidence on absenteeism and presenteeism. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(7), 1536-1550. <https://doi.org/10.1080/09585192.2012.722120>
- BIT. (2009). A sua saúde e segurança no trabalho: uma coleção de módulos - Ergonomia. *Genebra*. Disponível em: https://www.cplp.org/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiler%2FMIC_IT%2F Ficheiros%2FBiblioteca%2FSaude_Seg%2FErgonomia.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2022
- BIT. (2009). A sua saúde e segurança no trabalho: uma coleção de módulos – Introdução à saúde e segurança no trabalho. *Genebra*. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_746255.pdf. Acesso em: 27 de abril de 2022
- Bouckennooghe, D., Raja, U., & Butt, A. N. (2013). Combined effects of positive and negative affectivity and job satisfaction on job performance and turnover intentions. *The Journal of psychology*, 147(2), 105-123. <https://doi.org/10.1080/00223980.2012.678411>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., ... & EpiReumaPt Study Group. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt—a national health survey. *RMD open*, 2(1), e000166. <http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Brief, A. P., & Weiss, H. M. (2002). Organizational behavior: Affect in the workplace. *Annual review of psychology*, 53(1), 279-307. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135156>
- Brown, H. E., Gilson, N. D., Burton, N. W., & Brown, W. J. (2011). Does physical activity impact on presenteeism and other indicators of workplace well-being?. *Sports medicine*, 41, 249-262. <https://doi.org/10.2165/11539180-000000000-00000>
- Burton, W. N., Pransky, G., Conti, D. J., Chen, C. Y., & Edington, D. W. (2004). The association of medical conditions and presenteeism. *Journal of occupational and environmental medicine*, S38-S45. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000126687.49652.44>
- Canaff, A. L., & Wright, W. (2004). high anxiety: counseling the job-insecure client. *Journal of Employment Counseling*, 41(1), 2-10. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2004.tb00872.x>
- Cheng, T. C., Kim, S., & Koh, K. (2020). The impact of COVID-19 on subjective well-being: Evidence from Singapore. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3695403>
- Choobineh, A., Tabatabaei, S. H., Tozihian, M., & Ghadami, F. (2007). Musculoskeletal problems among workers of an Iranian communication company. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 11(1), 32. <https://doi.org/10.4103%2F0019-5278.32462>
- Collins, J. J., Baase, C. M., Sharda, C. E., Ozminkowski, R. J., Nicholson, S., Billotti, G. 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*, 547-557. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000166864.58664.29>
- Cooper, C., & Dewe, P. (2008). Well-being—absenteeism, presenteeism, costs and challenges. *Occupational medicine*, 58(8), 522-524. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn124>
- Corticeiro Neves, M., Camarada, M., Leal, Â., Silva, M., Morgado, H., Joaquim, Á., ... & Coracini, A. (2018, October). Vertentes e desafios da segurança 2018. In *VIII Congresso Vertentes e Desafios da Segurança* (pp. 1-466). Simões & Linhares. <http://hdl.handle.net/10400.26/28167>

- Da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *American journal of industrial medicine*, 53(3), 285-323. <https://doi.org/10.1002/ajim.20750>
- Dale, A. P., & Dias, M. D. D. A. (2018). A 'extravagância' de trabalhar doente: o corpo no trabalho em indivíduos com diagnóstico de LER/DORT. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16, 263-282. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00106>
- David, G. C. (2005). Ergonomic methods for assessing exposure to risk factors for work-related musculoskeletal disorders. *Occupational medicine*, 55(3), 190-199. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqi082>
- De Barros, E. N. C., & Alexandre, N. M. C. (2003). Cross-cultural adaptation of the Nordic musculoskeletal questionnaire. *International nursing review*, 50(2), 101-108. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2003.00188.x>
- Deery, S., Walsh, J., & Zatzick, C. D. (2014). A moderated mediation analysis of job demands, presenteeism, and absenteeism. *Journal of occupational and organizational psychology*, 87(2), 352-369. <https://doi.org/10.1111/joop.12051>
- Despiégl, N., Danchenko, N., François, C., Lensberg, B., & Drummond, M. F. (2012). The use and performance of productivity scales to evaluate presenteeism in mood disorders. *Value in Health*, 15(8), 1148-1161. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.08.2206>
- DGS – Direção Geral de Saúde, *GUIA TÉCNICO N.º 3: VIGILÂNCIA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES EXPOSTOS A FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAL NO LOCAL DE TRABALHO* (2021). Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/guias-tecnicos/guia-tecnico-n-3-pdf.aspx>. Acesso em: 22 de julho de 2023
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. (2013). The remarkable changes in the science of subjective well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 663-666. <https://doi.org/10.1177/1745691613507583>
- Diener, E. (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener* (Vol. 37, pp. 11-58). New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6>
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra: Psychology*, 4(1), 15. <https://doi.org/10.1525/collabra.115>
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2(4), 253-260. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6>
- Diener, E., Pressman, S. D., Hunter, J., & Delgado-Chase, D. (2017). If, why, and when subjective well-being influences health, and future needed research. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(2), 133-167. <https://doi.org/10.1111/aphw.12090>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Dietz, C., & Scheel, T. (2017). Leadership and presenteeism among scientific staff: The role of accumulation of work and time pressure. *Frontiers in psychology*, 8, 1885. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01885>
- Dietz, C., Zacher, H., Scheel, T., Otto, K., & Rigotti, T. (2020). Leaders as role models: Effects of leader presenteeism on employee presenteeism and sick leave. *Work & Stress*, 34(3), 300-322. <https://doi.org/10.1080/02678373.2020.1728420>

- EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, *Lesões musculoesqueléticas*. (2021). Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/themes/musculoskeletal-disorders>. Acesso em: 4 de novembro de 2021.
- EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, *Mapeamento do corpo e dos perigos na prevenção de lesões musculoesqueléticas*. (2020). Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/body-and-hazard-mapping-prevention-musculoskeletal-disorders-msds>
- EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, *Perigos e riscos associados à movimentação manual de cargas no local de trabalho*. (2007). Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheet-73-hazards-and-risks-associated-manual-handling-loads-workplace>. Acesso em: 20 de junho de 2023.
- EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, *Preventing musculoskeletal disorders when teleworking infosheet*. (2022). Disponível em: <https://healthy-workplaces.eu/en/media-centre/news/preventing-musculoskeletal-disorders-when-teleworking-infosheet-language-versions-available>
- EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, *Prevention of musculoskeletal disorders and psychosocial risks in the workplace: UE strategies and future challenges*. (2022). Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/prevention-musculoskeletal-disorders-and-psychosocial-risksproductivity-workplace-eu-strategies-and-future-challenges>
- EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, *Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the UE*. (2019). Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/msds-facts-and-figures-overview-prevalence-costs-and-demographics-msds-europe>
- Ferreira, A. I., Mach, M., Martinez, L. F., Brewster, C., Dagher, G., Perez-Nebra, A., & Lisovskaya, A. (2017). Working sick and out of sorts: a cross-cultural approach on presenteeism climate, organizational justice and work–family conflict. *The International Journal of Human Resource Management*, 30(19), 2754-2776. <https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1332673>
- Ferreira, A. I., Martinez, L. F., Sousa, L. M., & da Cunha, J. V. (2010). Tradução e validação para a língua portuguesa das escalas de presentismo WLQ-8 E SPS-6. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 253-266. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=335027283010>
- Foa, R., Gilbert, S., & Fabian, M. O. (2020). COVID-19 and subjective well-being: Separating the effects of lockdowns from the pandemic. Available at SSRN 3674080. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3674080>
- Fox, S., & Spector, P. E. (2002). Emotions in the workplace-the neglected side of organizational life introduction. *Human resource management review*, 2(12), 167-171.
- Galinha, I. C. (2008). Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais. *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. <http://hdl.handle.net/11144/580>
- Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo-PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia*, 28(1), 53-65. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v28i1.622>
- Garczynski, A. M., Waldrop, J. S., Rupprecht, E. A., & Grawitch, M. J. (2013). Differentiation between work and nonwork self-aspects as a predictor of presenteeism and engagement: Cross-cultural differences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(4), 417. <https://doi.org/10.1037/a0033988>
- Garrow, V. P. (2016). A review of current thinking. *Brighton: Institute for Employment Studies*, 1-84.

- Gaskin, M. E., Greene, A. F., Robinson, M. E., & Geisser, M. E. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain. *Journal of psychosomatic research*, 36(8), 707-713. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(92\)90128-O](https://doi.org/10.1016/0022-3999(92)90128-O)
- Ghasemkhani, M., Mahmudi, E., & Jabbari, H. (2008). Musculoskeletal symptoms in workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 14(4), 455-462. <https://doi.org/10.1080/10803548.2008.11076784>
- Grawitch, M. J., Waldrop, J. S., Erb, K. R., Werth, P. M., & Guarino, S. N. (2017). Productivity loss due to mental-and physical-health decrements: Distinctions in research and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 69(2), 112. <https://doi.org/10.1037/cpb0000089>
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Jama*, 280(2), 147-151. <https://doi.org/10.1001/jama.280.2.147>
- Hauke, A., Flintrop, J., Brun, E., & Rugulies, R. (2011). The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: A review and meta-analysis of 54 longitudinal studies. *Work & Stress*, 25(3), 243-256. <https://doi.org/10.1080/02678373.2011.614069>
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: at work-but out of it. *Harvard business review*, 82(10), 49-58.
- Hochschild, A. (1983). Comment on Kemper's " Social Constructionist and Positivist Approaches to the Sociology of Emotions". *American Journal of Sociology*, 89(2), 432-434. <https://doi.org/10.1086/227874>
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of organizational behavior*, 31(4), 519-542. <https://doi.org/10.1002/job.630>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0025153>
- Johnson, M. H. (2005). How does distraction work in the management of pain?. *Current pain and headache reports*, 9, 90-95. <https://doi.org/10.1007/s11916-005-0044-1>
- Kahneman, D., & Krueger, A. B. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic perspectives*, 20(1), 3-24. <https://doi.org/10.1257/089533006776526030>
- Kaplan, S., Bradley, J. C., Luchman, J. N., & Haynes, D. (2009). On the role of positive and negative affectivity in job performance: a meta-analytic investigation. *Journal of Applied psychology*, 94(1), 162. <https://doi.org/10.1037/a0013115>
- Kerr, M. S., Frank, J. W., Shannon, H. S., Norman, R. W., Wells, R. P., Neumann, W. P., ... & Ontario Universities Back Pain Study Group. (2001). Biomechanical and psychosocial risk factors for low back pain at work. *American journal of public health*, 91(7), 1069. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.7.1069>
- Kinman, G., & Grant, C. (2021). Presenteeism during the COVID-19 pandemic: risks and solutions. *Occupational medicine*, 71(6-7), 243-244. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa193>
- Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and emotion*, 5, 345-379. <https://doi.org/10.1007/BF00992553>
- Koopman, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Turpin, R. S., ... & Bendel, T. (2002). Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *Journal of occupational and environmental medicine*, 14-20. <https://doi.org/10.1097/00043764-200201000-00004>

- Krohne, K., & Magnussen, L. H. (2011). Go to work or report sick? A focus group study on decisions of sickness presence among offshore catering section workers. *BMC research notes*, 4(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-70>
- Krüger, K., Petermann, C., Pilat, C., Schubert, E., Pons-Kühnemann, J., & Mooren, F. C. (2015). Preventive strength training improves working ergonomics during welding. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21(2), 150-157. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1029290>
- Kumaraveloo, K. S., & Lunner Kolstrup, C. (2018). Agriculture and musculoskeletal disorders in low-and middle-income countries. *Journal of agromedicine*, 23(3), 227-248. <https://doi.org/10.1080/1059924X.2018.1458671>
- Kuorinka, I., Alaranta, H., & Erich, I. (1995). Prevention of musculoskeletal disorders at work: Validation and reliability in a multicenter intervention study. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 15(6), 437-446. [https://doi.org/10.1016/0169-8141\(94\)00066-C](https://doi.org/10.1016/0169-8141(94)00066-C)
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G., & Jørgensen, K. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied ergonomics*, 18(3), 233-237. [https://doi.org/10.1016/0003-6870\(87\)90010-X](https://doi.org/10.1016/0003-6870(87)90010-X)
- Landry, M., & Miller, C. (2010). Presenteeism: are we hurting the patients we are trying to help?. *Journal of general internal medicine*, 25, 1142-1143. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1487-6>
- Lee, K., & Allen, N. J. (2002). Organizational citizenship behavior and workplace deviance: the role of affect and cognitions. *Journal of applied psychology*, 87(1), 131. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.87.1.131>
- Lima, J., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde dos enfermeiros: presentismo e stress no trabalho. <https://doi.org/10.25762/5y9p-fj60>
- Lohaus, D., & Habermann, W. (2019). Presenteeism: A review and research directions. *Human Resource Management Review*, 29(1), 43-58. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.02.010>
- Lourenço, L., & Luís, S. (2021). Musculoskeletal disorders in Portuguese welders: Effects on bodily pain and health-related quality of life. *Frontiers in public health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.660451>
- Lu, L., L. Cooper, C., & Yen Lin, H. (2013). A cross-cultural examination of presenteeism and supervisory support. *Career Development International*, 18(5), 440-456. <https://doi.org/10.1108/CDI-03-2013-0031>
- Lucas, R. E., & Diener, E. (2008). Subjective well-being. *Handbook of emotions*, 471-484.
- Mahmud, N., Kenny, D. T., Zein, R. M., & Hassan, S. N. (2011). Ergonomic training reduces musculoskeletal disorders among office workers: results from the 6-month follow-up. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 18(2), 16. https://www.researchgate.net/publication/51847845_Ergonomic_Training_Reduces_Musculoskeletal_Disorders_among_Office_Workers_Results_from_the_6-Month_Follow-Up
- Malmgren-Olsson, E. B., & Armelius, B. Å. (2001). Physical and psychological health and social relations in patients with prolonged musculoskeletal disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 181-189. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00022.x>
- Mann, S. (1999). Emotion at work: to what extent are we expressing, suppressing, or faking it?. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(3), 347-369. <https://doi.org/10.1080/135943299398221>
- March, L., Smith, E. U., Hoy, D. G., Cross, M. J., Sanchez-Riera, L., Blyth, F., ... & Woolf, A. D. (2014). Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders. *Best practice & research Clinical rheumatology*, 28(3), 353-366. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2014.08.002>

- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2012). Sick at work: presenteeism among nurses in a Portuguese public hospital. *Stress and Health*, 28(4), 297-304. <https://doi.org/10.1002/smi.1432>
- Martinez, L. F., Ferreira, A. I., Sousa, L. M., & Cunha, J. V. D. (2007). A esperança é a última a morrer?: Capital psicológico positivo e presentismo. *Comportamento organizacional e gestão*, 13(1), 37-54. <http://hdl.handle.net/10400.12/4997>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence. *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*, 3, 31.
- Mazzetti, G., Vignoli, M., Schaufeli, W. B., & Guglielmi, D. (2019). Work addiction and presenteeism: The buffering role of managerial support. *International Journal of Psychology*, 54(2), 174-179. <https://doi.org/10.1002/ijop.12449>
- Mesquita, C. C., Ribeiro, J. C., & Moreira, P. (2010). Portuguese version of the standardized Nordic musculoskeletal questionnaire: cross cultural and reliability. *Journal of Public Health*, 18, 461-466. <https://doi.org/10.1007/s10389-010-0331-0>
- 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. <https://doi.org/10.1037/ocp0000015>
- Mock, C., & Cherian, M. N. (2008). The global burden of musculoskeletal injuries: challenges and solutions. *Clinical orthopaedics and related research*, 466(10), 2306-2316. <https://doi.org/10.1007%2Fs11999-008-0416-z>
- Muchinsky, P. M. (2000). Emotions in the workplace: The neglect of organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 21(7), 801-805. [https://doi.org/10.1002/1099-1379\(200011\)21:7<801::AID-JOB999>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/1099-1379(200011)21:7<801::AID-JOB999>3.0.CO;2-A)
- Nielsen, K., & Daniels, K. (2016). The relationship between transformational leadership and follower sickness absence: the role of presenteeism. *Work & Stress*, 30(2), 193-208. <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1170736>
- Niven, K. (2017). The four key characteristics of interpersonal emotion regulation. *Current opinion in psychology*, 17, 89-93. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.06.015>
- Ogińska-Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health*, 18(2).
- Ohly, S., Sonnentag, S., Niessen, C., & Zapf, D. (2010). Diary studies in organizational research. *Journal of Personnel Psychology*. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000009>
- Oktug, Z. (2013). Managing emotions in the workplace: It's mediating effect on the relationship between organizational trust and occupational stress. *International Business Research*, 6(4), 81. <http://dx.doi.org/10.5539/ibr.v6n4p81>
- Olofsson, B., Bengtsson, C., & Brink, E. (2003). Absence of response: a study of nurses' experience of stress in the workplace. *Journal of nursing management*, 11(5), 351-358. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2003.00384.x>
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). Psychosocial factors atwork: recognition and control. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session, Geneva, 18-24 September, 1984. Geneva; 1986. https://ilo.primo.exlibrisgroup.com/permalink/41ILO_INST/1jaulmn/alma992480113402676
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0039670>

- Punnett, L., & Wegman, D. H. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *Journal of electromyography and kinesiology*, 14(1), 13-23. <https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2003.09.015>
- Røysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C., & Harris, J. R. (2003). Happiness and health: environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of personality and social psychology*, 85(6), 1136. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.6.1136>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190%2FDUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Santana, V. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Emotion regulation, psychological well-being and subjective well-being. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21, 58-68. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>
- Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C., & Sousa-Uva, A. (2012). Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 193-203. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.10.001>
- Shimabuku, R. H., & Mendonça, H. (2018). Moderating role of social support on the relationship between job demand and presenteeism. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 28. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2830>
- Sjögren, T. (2006). *Effectiveness of a workplace physical exercise intervention on the functioning, work ability, and subjective well-being of office workers: a cluster randomised controlled cross-over trial with a one-year follow-up* (No. 118). University of Jyväskylä. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/13518>
- Sjögren-Rönkä, T., Ojanen, M. T., Leskinen, E. K., Mustalampi, S. T., & Mälkiä, E. A. (2002). Physical and psychosocial prerequisites of functioning in relation to work ability and general subjective well-being among office workers. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 184-190. <https://doi.org/10.5271/sjweh.663>
- Skagen, K., & Collins, A. M. (2016). The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 161, 169-177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.005>
- Sloan, M. M. (2008). Emotion management and workplace status: consequences for well-being. *International Journal of Work Organisation and Emotion*, 2(3), 236-255. <https://doi.org/10.1504/IJWOE.2008.019425>
- SPMT (Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho). (2008). Lesões Músculo-esqueléticas: alguns métodos de avaliação do risco. *Cadernos Avulso*. Disponível em: https://www.spmtrabalho.org/files/ugd/a7d6ed_c203f135e2fc4ad39a246d012bf6f9d5.pdf
- Sprigg, C. A., Stride, C. B., Wall, T. D., Holman, D. J., & Smith, P. R. (2007). Work characteristics, musculoskeletal disorders, and the mediating role of psychological strain: A study of call center employees. *Journal of Applied Psychology*, 92(5), 1456. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.92.5.1456>
- Staw, B. M., Sutton, R. I., & Pelled, L. H. (1994). Employee positive emotion and favorable outcomes at the workplace. *Organization science*, 5(1), 51-71. <https://doi.org/10.1287/orsc.5.1.51>
- Tinkler, L., & Hicks, S. (2011). Measuring subjective well-being. *London: Office for National Statistics, 2011*, 443-455.

- Tov, W., & Diener, E. (2013). Subjective well-being. <https://doi.org/10.1002/9781118339893.wbeccp518>
- Tveito, T. H., Shaw, W. S., Huang, Y. H., Nicholas, M., & Wagner, G. (2010). Managing pain in the workplace: a focus group study of challenges, strategies and what matters most to workers with low back pain. *Disability and rehabilitation*, 32(24), 2035-2045. <https://doi.org/10.3109/09638281003797398>
- Van den Heuvel, S. G., Geuskens, G. A., Hooftman, W. E., Koppes, L. L., & Van den Bossche, S. N. (2010). Productivity loss at work; health-related and work-related factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(3), 331-339. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9219-7>
- Wainwright, E., Bevan, S., Blyth, F. M., Khalatbari-Soltani, S., Sullivan, M. J., Walker-Bone, K., & Eccleston, C. (2022). Pain, work, and the workplace: a topical review. *Pain*, 163(3), 408-414. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002413>
- Weiss, H. M. (2002). Introductory comments: Antecedents of emotional experiences at work. *Motivation and Emotion*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1015138223398>
- Wynne-Jones, G., Buck, R., Porteous, C., Cooper, L., Button, L. A., Main, C. J., & Phillips, C. J. (2011). What happens to work if you're unwell? Beliefs and attitudes of managers and employees with musculoskeletal pain in a public sector setting. *Journal of occupational rehabilitation*, 21, 31-42. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9251-7>
- Whysall, Z., Karanika-Murray, M., & Chen, H. (2022). Understanding the process of decision-making for presenteeism behavior: an integration and conceptual model. <https://doi.org/10.1017/9781009268332.011>
- Zhou, Q., Martinez, L. F., Ferreira, A. I., & Rodrigues, P. (2016). Supervisor support, role ambiguity and productivity associated with presenteeism: A longitudinal study. *Journal of Business Research*, 69(9), 3380-3387. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.02.006>

Anexo A: Questionário

Bloco I: Consentimento Informado (Anexo 2)

Bloco II: Dados Sociodemográficos

Qual a sua idade?

Qual o seu género?

- Feminino
- Masculino
- Outro
- Prefiro não responder

Qual o seu nível de escolaridade mais elevado que concluiu?

- Sem escolaridade
- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Bloco III: LME

Tem alguma lesão musculoesquelética?

- Não
- Sim
- Não sei

Quantas vezes nos últimos 12 meses foi trabalhar, embora o seu estado de saúde implicasse uma licença médica?

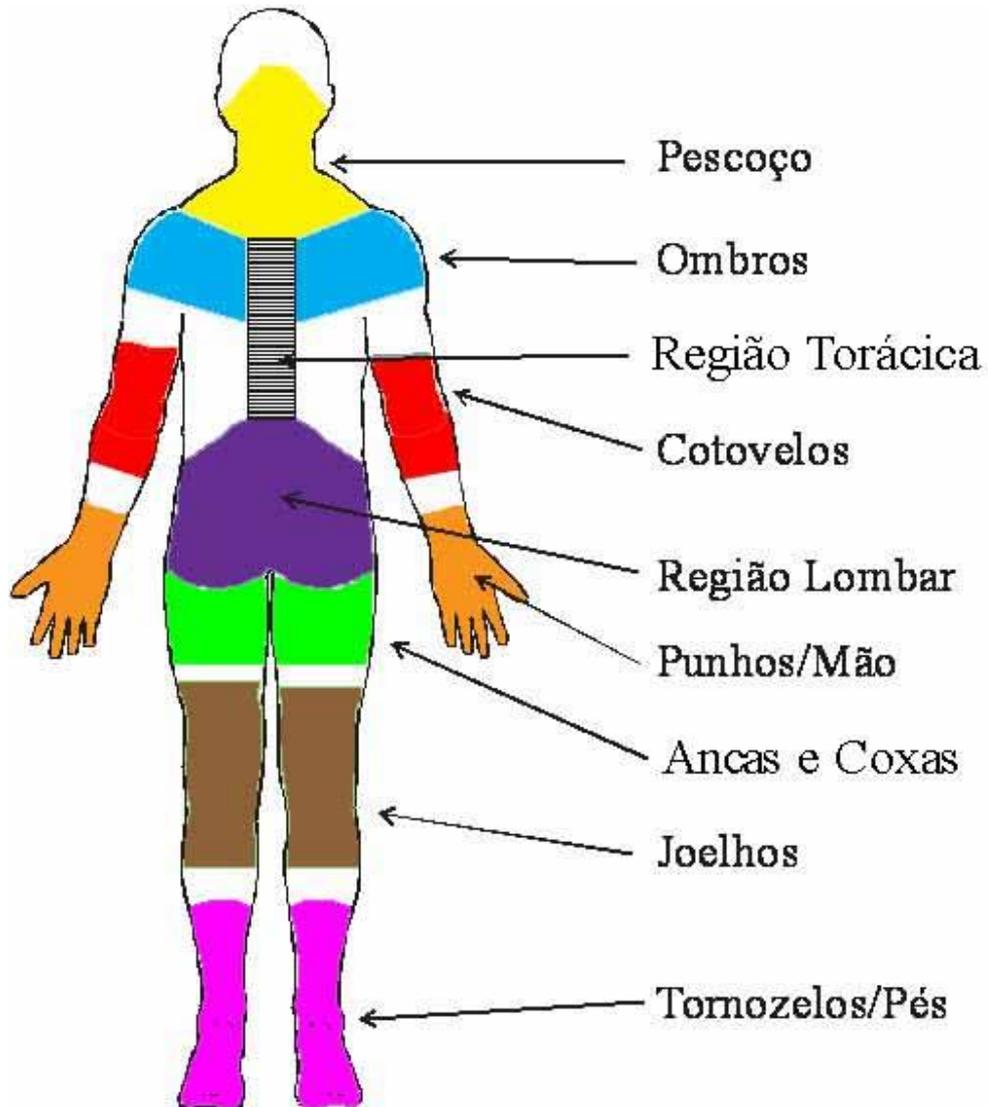
A sua profissão enquadra-se no ramo administrativo?

Não

Sim

Bloco IV: Questionário Nórdico Musculoesquelético

Considere as regiões do corpo conforme ilustra a figura abaixo.



Considerando os últimos 12 meses, teve problema (tal como dor, desconforto ou dormência) no pescoço?

Não

Sim

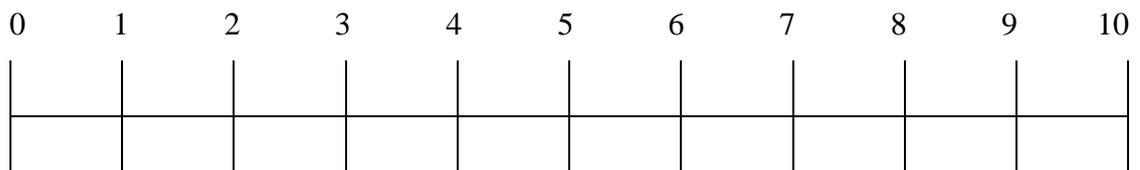
Responda, apenas, se tiver algum problema. - Teve algum problema nos últimos 7 dias, no pescoço

- Não
- Sim

Responda, apenas, se tiver algum problema. - Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas no pescoço?

- Não
- Sim

Indique de 0 (Sem dor) a 10 (Dor máxima) qual a intensidade da dor que sentiu no pescoço.



Considerando os últimos 12 meses, teve problema (tal como dor, desconforto ou dormência) no(s) ombro(s)?

- Não
- Sim, no ombro direito
- Sim, no ombro esquerdo
- Sim, em ambos

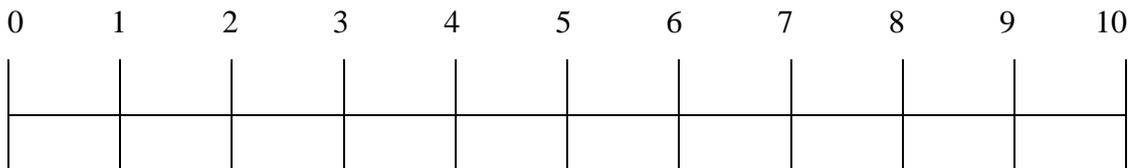
Responda, apenas, se tiver algum problema. - Teve algum problema nos últimos 7 dias, no(s) ombro(s)

- Não
- Sim, no ombro direito
- Sim, no ombro esquerdo
- Sim, em ambos

Responda, apenas, se tiver algum problema. - Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas no(s) ombro(s)?

- Não
- Sim, no ombro direito
- Sim, no ombro esquerdo
- Sim, em ambos

Indique de 0 (Sem dor) a 10 (Dor máxima) qual a intensidade da dor que sentiu no(s) ombro(s).



Considerando os últimos 12 meses, teve problema (tal como dor, desconforto ou dormência) no(s) cotovelo(s)?

- Não
- Sim, no cotovelo direito
- Sim, no cotovelo esquerdo
- Sim, em ambos

Responda, apenas, se tiver algum problema - Teve algum problema nos últimos 7 dias, nos cotovelos?

- Não
- Sim, no cotovelo direito
- Sim, no cotovelo esquerdo
- Sim, em ambos

Responda, apenas, se tiver algum problema - Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nos cotovelos?

- Não
- Sim, no cotovelo direito
- Sim, no cotovelo esquerdo
- Sim, em ambos

Indique de 0 (Sem dor) a 10 (Dor máxima) a intensidade da dor que sentiu no(s) cotovelo(s).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Considerando os últimos 12 meses, teve problema (tal como dor, desconforto ou dormência) no punho/mãos?

- Não
- Sim, no punho/mãos direitos
- Sim, no punho/mãos esquerdos
- Sim, em ambos

Responda, apenas, se tiver algum problema - Teve algum problema nos últimos 7 dias, no punho/mãos?

- Não
- Sim, no punho/mãos direitos
- Sim, no punho/mãos esquerdos
- Sim, em ambos

Responda, apenas, se tiver algum problema - Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas no punho/mãos?

- Não
- Sim, no punho/mãos direitos
- Sim, no punho/mãos esquerdos
- Sim, em ambos

Indique de 0 (Sem dor) a 10 (Dor máxima) a intensidade da dor que sentiu no punho/mãos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Considerando os últimos 12 meses, teve problema (tal como dor, desconforto ou dormência) na região torácica?

- Não
- Sim

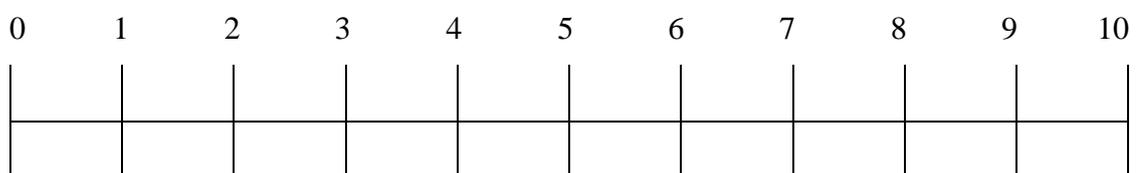
Responda, apenas, se tiver algum problema - Teve algum problema nos últimos 7 dias, na região torácica?

- Não
- Sim

Responda, apenas, se tiver algum problema - Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas na região torácica?

- Não
- Sim

Indique de 0 (Sem dor) a 10 (Dor máxima) a intensidade da dor que sentiu na região torácica.



Considerando os últimos 12 meses, teve problema (tal como dor, desconforto ou dormência) na região lombar?

- Não
- Sim

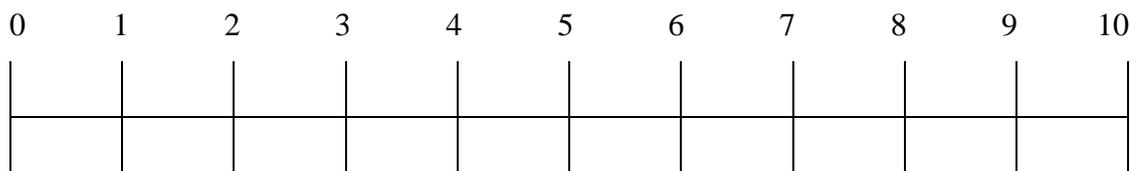
Responda, apenas, se tiver algum problema - Teve algum problema nos últimos 7 dias, na região lombar?

- Não
- Sim

Responda, apenas, se tiver algum problema - Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas na região lombar?

- Não
- Sim

Indique de 0 (Sem dor) a 10 (Dor máxima) a intensidade da dor que sentiu na região lombar.



Considerando os últimos 12 meses, teve problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas ancas/coxas?

- Não
- Sim

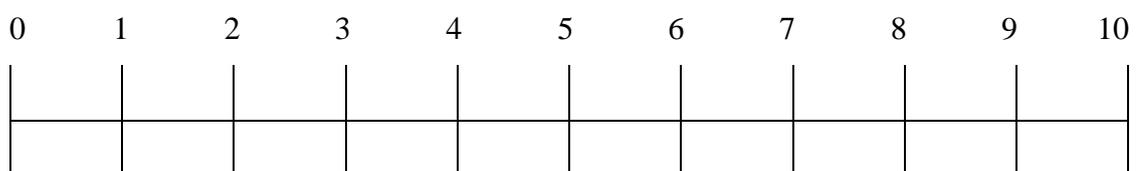
Responda, apenas, se tiver algum problema - Teve algum problema nos últimos 7 dias, nas ancas/coxas?

- Não
- Sim

Responda, apenas, se tiver algum problema - Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nas ancas/coxas?

- Não
- Sim

Indique de 0 (Sem dor) a 10 (Dor máxima) a intensidade da dor que sentiu nas ancas/coxas.



Considerando os últimos 12 meses, teve problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nos joelhos?

- Não
- Sim

Responda, apenas, se tiver algum problema - Teve algum problema nos últimos 7 dias, nos joelhos?

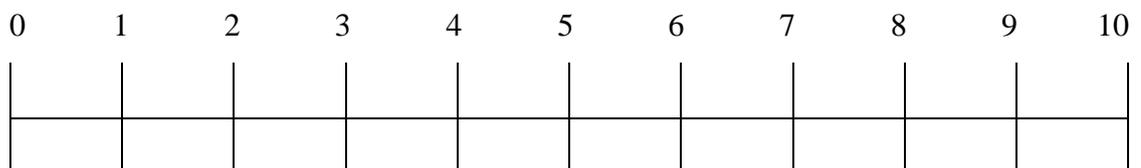
- Não
- Sim

Responda, apenas, se tiver algum problema - Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas nos joelhos?

- Não
- Sim

Indique de 0 (Sem dor) a 10 (Dor máxima) a intensidade da dor que sentiu nos joelhos.

- Não
- Sim



Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) no tornozelo/pés?

- Não
- Sim

Responda, apenas, se tiver algum problema - Teve algum problema nos últimos 7 dias, no tornozelo/pés?

- Não
- Sim

Responda, apenas, se tiver algum problema - Durante os últimos 12 meses teve que evitar as suas atividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas no tornozelo/pés?

Não

Sim

Indique de 0 (Sem dor) a 10 (Dor máxima) a intensidade da dor que sentiu no tornozelo/pés.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bloco V: SPS-6

Quanto concorda com as seguintes afirmações?

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Devido ao meu problema de saúde, as dificuldades que normalmente fazem parte do meu trabalho foram mais complicadas de gerir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apesar do meu problema de saúde consegui terminar as tarefas difíceis do trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu problema de saúde inibiu-me de tirar prazer do trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me desesperado/a na concretização de determinadas tarefas de trabalho devido ao meu problema de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No trabalho, consegui concentrar-me na concretização dos meus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

objetivos, apesar do meu problema de saúde.

Senti-me com energia suficiente para completar todo o meu trabalho, apesar do meu problema de saúde.

Bloco VI: PANAS-VRP

Leia cada item e marque a resposta correta no espaço à frente de cada palavra, de acordo com as opções de resposta. Indique em que medida sentiu cada uma dessas emoções durante as últimas semanas.

	1	2	3	4	5
	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
Interessado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entusiasmado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amedrontado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inspirado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ativo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assustado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culpado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atormentado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bloco VII: Grupo Experimental

No início do questionário indicou ter uma lesão musculoesquelética.

Posto isto, será convidado a instalar no seu telemóvel ou tablet a aplicação “Musculoskeletal MSK Self-Care”, que embora se encontre em língua inglesa, tem vídeos explícitos e legendados de exercícios que deve realizar antes das suas tarefas diárias conforme a região corporal afetada pela lesão.

Para o efeito, ser-lhe-á enviado um email com todas as indicações.

Bloco VIII: Grupo de Controlo (apenas para efeitos de randomização)

Bloco IX: Associação de dados

O presente estudo é constituído por dois momentos e para que os dados sejam corretamente associados deverá responder às questões que se seguem para definir o seu código pessoal.

Indique os dois últimos dígitos do seu número de telemóvel.

Indique as duas primeiras letras do primeiro nome do seu pai.

Indique os dois dígitos correspondentes ao dia do seu aniversário.

Indique as duas primeiras letras do primeiro nome da sua mãe.

Para que possa aceder ao segundo momento do estudo no qual a sua participação será muito importante e valorizada, indique, por favor, o seu endereço de e-mail que será utilizado somente para fins académicos.

Anexo B: Consentimento Informado

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação a decorrer no **Iscte – Instituto Universitário de Lisboa**. O estudo tem por objetivo caracterizar as lesões musculoesqueléticas decorrentes do trabalho em atividades administrativas, relacionar a vivência das lesões musculoesqueléticas com o presentismo e relacionar as lesões musculoesqueléticas com o bem-estar subjetivo.

O estudo é realizado por Maria Margarida Fortio Godinho Gastão Lucas (mmfgg@iscte-iul.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação no estudo, que será muito valorizada pois irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em responder a um questionário e poderá durar cerca de dez minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

A participação no estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também **anónima** e **confidencial**. Os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo/a investigador/a, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, pelo que **aceito** nele participar.

Sim

Não

Anexo C: *Debriefing* / Explicação da investigação

Muito obrigado por ter participado neste estudo. Conforme adiantado no início da sua participação, o estudo incide sobre as lesões musculoesqueléticas e o comportamento dos indivíduos decorrentes das mesmas em contexto de trabalho e pretende caraterizar as lesões musculoesqueléticas decorrentes do trabalho em atividades administrativas, relacionar a vivência das lesões musculoesqueléticas com o presentismo e relacionar as lesões musculoesqueléticas com o bem-estar subjetivo. Mais especificamente, perceber se indivíduos com lesões musculoesqueléticas tendem a ter mais presentismo e menor bem-estar.

Reforçamos os dados de contacto que pode utilizar caso deseje colocar uma dúvida, partilhar algum comentário, ou assinalar a sua intenção de receber informação sobre os principais resultados e conclusões do estudo: Maria Margarida Fortio Godinho Gastão Lucas (mmfgg@iscte-iul.pt).

Se tiver interesse em aceder a mais informação sobre o tema do estudo, pode ainda consultar as seguintes fontes: <https://osha.europa.eu/pt>.

Mais uma vez, obrigado pela sua participação.