

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS AO ABSENTEÍSMO-DOENÇA E AO
ESTILO DE VIDA EM SERVIDORES PÚBLICOS DE UMA INSTITUIÇÃO
FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR**

Dissertação de Mestrado

Aluna: Mariana Valls Atz

Orientação: Prof. Dr. Eduardo Augusto Remor

Porto Alegre

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS AO ABSENTEÍSMO-DOENÇA E AO
ESTILO DE VIDA EM SERVIDORES PÚBLICOS DE UMA INSTITUIÇÃO
FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR**

Dissertação de mestrado apresentada como exigência para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Augusto Remor.

Mariana Valls Atz

Porto Alegre

2021

AGRADECIMENTOS

O Mestrado é uma jornada de apenas dois anos, que se torna longa à medida que ocorrem profundos aprendizados, eventos inesperados e constantes transformações. Ele é ainda mais intenso quando se inicia conciliando trabalho e estudos, se reconfigura em uma experiência de mobilidade no exterior e se encerra em pleno distanciamento social em virtude de uma pandemia. Certamente, para que essa longa jornada fosse possível, muitas pessoas, mesmo à distância, se fizeram cotidianamente presentes e imprescindíveis. Dedico, portanto, minha mais sincera gratidão a todos que me apoiaram durante esse processo de formação.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Eduardo Augusto Remor, pelas orientações certas nos momentos certos.

Às minhas chefias na UFRGS, Amadeu Pio, da Divisão de Promoção da Saúde, e Marília Hackman, do Departamento de Atenção à Saúde, pelo constante reconhecimento do meu trabalho e por todo o apoio tanto para a realização do mestrado quanto da mobilidade.

Ao PPG de Psicologia, pela excelência e por oportunizar a experiência valorosa em um programa de mobilidade no exterior.

À Universidad Autónoma de Madrid, que me oportunizou acessar conhecimentos importantes para minha área de formação e atuação.

À minha equipe da Divisão de Promoção de Saúde, pelo apoio e pela compreensão das ausências.

Aos meus pais, por acreditarem no meu potencial sempre e pela paciência.

Ao meu irmão, Alexandre, por lembrar-se de cuidar de mim mesmo quando eu esqueço.

A minhas amigas e amigos que estiveram presentes nessa trajetória, festejando as conquistas e ouvindo atentamente as preocupações; e em especial à Laís, essa pessoa-presente que a jornada de mestrado me deu.

Por fim, a todos os colegas servidores da UFRGS que participaram do estudo.

SUMÁRIO

Lista de tabelas do capítulo II.....	5
Lista de figuras do capítulo II.....	6
Lista de tabelas do capítulo III	7
Lista de figuras do capítulo III	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO TEÓRICA	11
Psicologia da Saúde Ocupacional e Modelo Biopsicossocial.....	11
Fatores biopsicossociais associados à saúde e ao adoecimento do trabalhador	12
Absentéismo-doença como indicador de adoecimento no trabalho.....	18
Promoção de saúde e prevenção de doença no ambiente de trabalho da universidade pública federal.....	21
CAPÍTULO II – A RELAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS E ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM SERVIDORES PÚBLICOS DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL	24
Resumo	24
ABSTRACT.....	25
Introdução	26
Método	30
Participantes.....	30
Delineamento e Procedimentos	30
Variáveis e instrumentos.....	31
Considerações éticas	33
Análise de dados	33
Resultados	36
Acurácia da medida de absentéismo-doença baseado em autorrelato	40
Perfil da amostra relacionado ao absentéismo-doença	42
Modelo para absentéismo-doença em servidores públicos universitários	44
Perfis de adoecimento físico e adoecimento mental	47
Discussão	50
Absentéismo-doença autorrelatado é uma medida adequada?	50
Um modelo para o absentéismo-doença no serviço público universitário	51
Diferenças no tipo de adoecimento físico e mental	55
Considerações finais	57

CAPÍTULO III – TRAÇANDO UM MODELO EXPLICATIVO PARA UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL EM SERVIDORES PÚBLICOS UNIVERSITÁRIOS	58
Resumo	58
abstract	59
Introdução	60
Método	63
Participantes	63
Delineamento e Procedimentos	63
Variáveis e instrumentos	63
Considerações éticas	65
Análise de dados	66
Resultados	67
Discussão	77
Considerações finais	80
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS	103
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	104
Anexo B – Escala FANTASTIC	105
Anexo C - Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC)	107
Anexo D - HEALTH SAFETY EXECUTIVE - INDICATOR TOOL (HSE-IT)	109
Anexo E - Short-Form Health Survey (VERSÃO 2) – SF-12V2	111
Anexo F – Licença para uso de SF12v2	113
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114
Apêndice B – Questionário sociodemográfico	116
Apêndice C – Questionário sobre Absenteísmo-doença	118

Lista de tabelas do capítulo II

Tabela 01. Distribuição absoluta e relativa para as características sociodemográficas e ocupacionais.	37
Tabela 02. Análise descritiva de tendência central dos resultados gerais e por cargo.	38
Tabela 03. Medidas de tendência central e de variabilidade para os dias de absenteísmo-doença e distribuição absoluta e relativa para o absenteísmo-doença.	39
Tabela 4. Distribuição absoluta e relativa para os intervalos de dias de absenteísmo, segundo a classificação absenteísmo-doença.	40
Tabela 5. Média, mediana e desvio padrão para os dias de absenteísmo, segundo a caracterização do perfil sociodemográfico e laboral.	43
Tabela 06. Modelo de regressão de Poisson por EEG sobre o absenteísmo-doença.	46
Tabela 07. Distribuição absoluta e relativa das características sociodemográficas e laborais segundo a classificação para o adoecimento físico ou mental.	49

Lista de figuras do capítulo II

- Figura 1. Distribuição relativa para as respostas concordantes e discordantes entre
absenteísmo dias e absenteísmo classificação.....42
- Figura 2. Representação da intensidade das variáveis sobre o absenteísmo-doença segundo
modelo de regressão de *Poisson*.....47

Lista de tabelas do capítulo III

Tabela 01. Distribuição absoluta e relativa para as características sociodemográficas e ocupacionais.	67
Tabela 02. Distribuição absoluta e relativa do perfil de estilo de vida segundo características sociodemográficas e ocupacionais.	70
Tabela 3. Comparação das variáveis contínuas do estudo entre perfil de estilo de vida.	72
Tabela 4. Modelo de regressão logística binária sobre o estilo de vida saudável.	74

Lista de figuras do capítulo III

Figura 1. Distribuição das categorias referentes ao Estilo de Vida.	69
Figura 2. Representação da intensidade das variáveis sobre o Perfil Saudável de estilo de vida segundo modelo de regressão logística binária	76

RESUMO

A saúde ocupacional é um campo dinâmico e complexo, e captar os inúmeros fatores que impactam os processos de saúde e de adoecimento do trabalhador exige atenção a distintas perspectivas e uma abordagem biopsicossocial. Dois fenômenos importantes para a prevenção de doenças ocupacionais e a promoção de saúde no ambiente laboral são o absenteísmo-doença, referente ao número de dias de ausência ao trabalho por motivo de doença, e o estilo de vida do trabalhador, que diz respeito a um padrão de comportamentos de saúde identificáveis. Reconhecer aspectos que impactam esses fenômenos pode contribuir para orientar ações no campo da saúde ocupacional. Assim, foram investigados possíveis fatores psicossociais associados ao absenteísmo-doença e ao estilo de vida em servidores públicos de uma instituição federal de ensino superior. O presente estudo, de corte transversal, avaliou estresse relacionado ao trabalho, locus de controle da saúde e autopercepção de saúde física e mental. Participaram 898 servidores, entre docentes e técnico-administrativos, sendo 59,8% mulheres e 53% técnico-administrativos. Esta dissertação foi organizada em capítulos. No Capítulo I, o leitor encontrará uma revisão bibliográfica sobre os conceitos teóricos relevantes para esta pesquisa. No Capítulo II, se descreve a relação do estresse relacionado ao trabalho, do locus de controle de saúde, da autopercepção de saúde física e mental e de características sociodemográficas e laborais, sobre o fenômeno do absenteísmo-doença utilizando-se um Modelo de Regressão de Poisson. Os resultados apontaram que: gênero feminino, ser técnico-administrativo, maior tempo de serviço, maior percepção de estresse relacionado ao trabalho, maior escore nas três dimensões do locus de controle de saúde e pior autopercepção em saúde física e mental estão associados com absenteísmo-doença. O uso da medida de autorrelato do absenteísmo-doença e as características de tipo de adoecimento físico ou mental também são discutidos. O Capítulo III, por sua vez, aborda a associação do estresse relacionado ao trabalho, do locus de controle da saúde e da autopercepção de saúde física e mental, com a adoção de um perfil saudável de estilo de vida, utilizando-se um Modelo de Regressão Logística Binária. Conforme os resultados, contribuem para predizer um perfil saudável de estilo de vida: menor percepção de estresse relacionado ao trabalho, melhor autopercepção de saúde física e de saúde mental, as dimensões Acaso e Outros Poderosos do locus de controle da saúde e a escolaridade. Combinando os resultados dos dois estudos, reforça-se que existem fatores psicossociais relevantes para a compreensão da saúde ocupacional no cenário do serviço público universitário. Além disso, informações sobre os processos de saúde e de doença foram levantadas e poderão orientar intervenções para este contexto.

ABSTRACT

Occupational health is a dynamic and complex field, and capturing the countless factors that impact workers' health and illness processes requires attention to different perspectives and a biopsychosocial approach. Two important phenomena for the prevention of occupational diseases and the promotion of health in the work environment are sickness absence, referring to the number of days of time off from work due to illness, and the worker's lifestyle, which concerns a pattern of identifiable health behaviors. Recognizing aspects that impact these phenomena can contribute to guide actions in the field of occupational health. Thus, possible psychosocial factors associated with sickness absence and lifestyle in public workers of a federal institution of higher education were investigated. This cross-sectional study evaluated work-related stress, health locus of control and self-rated physical and mental health. The participants consisted of 898 workers, among lecturers and administrative staff, being 59.8% women and 53% technical-administrative. In Chapter I, the reader will find a bibliographic review on the theoretical concepts relevant to this research. In Chapter II, the study describes the investigation of the impact of work-related stress, the health locus of control, self-rated physical and mental health and sociodemographic and work characteristics on sickness absence from a Poisson Regression Model. The results showed that: female gender, being technical-administrative, longer service time, greater perception of related stress at work, a higher score in the three dimensions of the locus of health control and worse self-perception in physical and mental health are associated with absenteeism-illness. The use of the self-report measure of absenteeism-illness and the characteristics of profiles of physical or mental illness are also discussed. Chapter III, in turn, addresses the association of work-related stress, the health locus of control and self-rate of physical and mental health with the adoption of a healthy lifestyle profile, using a Binary Logistic Regression Model. According to the results, they serve to predict a healthy lifestyle profile: less perception of work-related stress, better self-rate of physical and mental health, the Chance and Other Powerful dimensions of the health locus of control and schooling. Combining the results of the two studies, it is reinforced that there are relevant psychosocial factors for understanding occupational health in the public university service setting. In addition, information on health and disease processes has been raised and may guide interventions in this context.

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO TEÓRICA

O local de trabalho vem sendo apontado na literatura como um importante ambiente para ações de promoção de saúde, devido à quantidade de tempo que as pessoas permanecem no local, à possibilidade de redes de apoio social e à capacidade de atingir um grande número de pessoas ao mesmo tempo (Rongen, Robroek & Burdorf, 2014). Além disso, intervenções de promoção de saúde no ambiente de trabalho podem ser uma vantagem na medida em que contribuem para disseminar informações a outros membros da família e pela facilidade de acesso às pessoas, bem como auxiliar no monitoramento do ambiente de trabalho (Muñoz & Castro, 2010). De fato, a saúde laboral não se restringe às paredes do local de trabalho, pois este exerce um forte impacto sobre a saúde das famílias e comunidades, sendo definido como um determinante-chave na saúde dos indivíduos. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (2010) defende que o conceito de saúde ocupacional não deve se basear apenas no aspecto físico dos ambientes laborais, mas incluir os fatores psicossociais e as práticas pessoais de saúde. Essa perspectiva mais ampla da saúde laboral permite compreender os processos de saúde e de adoecimento do trabalhador, possibilitando o direcionamento adequado de avaliações e ações em saúde ocupacional e a orientação para condições favoráveis de saúde dos indivíduos e coletividades no trabalho.

Psicologia da Saúde Ocupacional e Modelo Biopsicossocial

O presente estudo utiliza como base teórica a Psicologia da Saúde Ocupacional (Occupational Health Psychology, OHP). Tal disciplina emergiu com a preocupação em compreender a natureza do impacto das condições psicossociais do trabalho na saúde física e mental e no bem-estar dos trabalhadores e suas famílias (Schonfeld & Chang, 2017). Conforme Leka e Houdmont (2010), a OHP é uma disciplina jovem que surgiu da confluência de mudanças nas características do trabalho e da força de trabalho, eventos legislativos e avanços da pesquisa no século XX e pode ser definida como a contribuição da psicologia aplicada na saúde ocupacional. Configura-se, portanto, em estudo multidisciplinar com ênfase na saúde física e mental dos trabalhadores, tendo como foco principal identificar e prevenir fatores que podem aumentar a probabilidade de acidentes e doenças ocupacionais e auxiliar na promoção de saúde dentro das organizações.

A pesquisa em Psicologia da Saúde Ocupacional tem por objetivo gerar e organizar informações sobre a relação entre fatores psicossociais relacionados ao trabalho e a saúde dos trabalhadores, a partir da elaboração de teorias e testes de hipóteses, pois esse conhecimento

pode ajudar no desenvolvimento de intervenções para melhorar a saúde individual e coletiva no ambiente de trabalho (Schonfeld & Chang, 2017). A literatura tem apontado que programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho não terão sucesso se mantiverem uma perspectiva orientada para o indivíduo, isto é, enfocando apenas em fatores fisiológicos e de comportamentos de risco (Noblet & Rodwell, 2010). Nessa perspectiva, uma abordagem biopsicossocial pode contribuir com as avaliações e intervenções de saúde no ambiente de trabalho, pois repousa na noção de que problemas clínicos têm causas múltiplas e interativas. Esses fatores podem incluir influências biológicas, como traços hereditários e reatividade fisiológica, e influências psicológicas e sociais, como estratégias de enfrentamento, perspectiva de vida, percepção de controle, rede de apoio social e condições de trabalho (Straub, 2014).

Conforme Bolton e Gillet (2019), o Modelo Biopsicossocial foi proposto inicialmente na década de 70 por George Engel e se trata de uma “teoria filosófica e científica centrada na saúde, na doença e na assistência à saúde, que define os construtos teóricos fundamentais - a ontologia do biológico, do psicológico e do social - e, especialmente, as relações causais dentre e entre esses domínios” (p.19). Portanto, analisar o contexto de saúde e de doença de trabalhadores a partir de uma perspectiva biopsicossocial permite integrar tanto aspectos individuais quanto ambientais e coletivos que influenciam as condições de saúde e de adoecimento no trabalho.

Fatores biopsicossociais associados à saúde e ao adoecimento do trabalhador

A saúde e adoecimento do trabalhador são afetados por múltiplos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Entre aspectos biológicos, a qualidade do sono e a fadiga, ligados à gestão do período de vigília e relacionados à quantidade de horas trabalhadas, ao período de descanso e ao uso de fármacos, por exemplo, podem ser um importante fator de vulnerabilidade do trabalhador à doença (Caldwell, Caldwell, Thompson, & Lieberman, 2019). O tempo gasto na posição sentado e o sedentarismo estão associados a biomarcadores de risco cardiometabólicos (Winkler et al., 2018; Buckley et al., 2015), o que aponta um risco para trabalhadores em atividades exclusivamente administrativas. O trabalho também pode ser um meio de exposição a riscos biológicos, como bioaerossóis, poeira e outros agentes de contaminação, especialmente para trabalhadores com sistema imunológico prejudicado (Corrao, Mazzotta, La Torre, & De Giusti, 2012). Outros aspectos como a nutrição do trabalhador, muitas vezes prejudicada pela dessincronização do cronograma de trabalho, e a ergonomia do ambiente laboral podem trazer riscos para o desenvolvimento de doenças

crônicas e para ausência no trabalho por motivo de doença (Pereira et al., 2019; Shearer, Graham, & Skinner, 2016).

Aspectos psicológicos também estão relacionados ao adoecimento no trabalho. Por exemplo, o trabalho pode ser uma importante fonte de estresse (Navinés, Martín-Santos, Olivé, & Valdés, 2016), devido à pouca autonomia, à falta de clareza de papéis e a conflitos interpessoais por exemplo, e impactando no desenvolvimento de *burnout* (Câmara & Carlotto, 2017). Características psicológicas individuais também têm sido apontadas como determinantes para os processos de saúde e de doença nos ambientes laborais. Por exemplo, traços de personalidade relevantes para a saúde de trabalhadores foram associados com a percepção sobre o ambiente psicossocial do trabalho e comportamentos de liderança (Villaume & Hasson, 2017). Outro exemplo de aspecto psicológico é a resiliência individual, referida como um fator de proteção para a prevenção de riscos psicossociais e a promoção de saúde laboral (Hernández, Jiménez, & Ladstätter, 2013).

Determinantes sociais de saúde no local de trabalho também têm sido apresentados na literatura. Por exemplo, o apoio social advindo das relações de trabalho tem forte influência na vida do indivíduo e sobre a saúde do trabalhador e tem se apontado que quando há apoio social suficiente no trabalho ocorre certa minimização dos efeitos adversos do ambiente (Fonseca & Moura, 2008). Outro exemplo é o capital social, apontado como um preditor de qualidade de vida no trabalho e satisfação no trabalho (Requena, 2003) e que pode reduzir o risco de ausência ao trabalho por motivo de doença (Rugulies et al., 2016). Ainda que inúmeras pesquisas apontem determinantes relevantes, são os mecanismos de interação entre e dentre esses fatores que fazem com que o processo de saúde-doença no ambiente de trabalho se torne tão complexo. Nesse sentido, analisar a relação de alguns fatores biopsicossociais mais profundamente pode contribuir para a compreensão dos processos de saúde no ambiente de trabalho, bem como do adoecimento dos trabalhadores. Exemplos desses fatores são estilo de vida, locus de controle da saúde e riscos psicossociais do trabalho.

O estilo de vida é entendido como “padrões identificáveis de comportamento determinados pela interação entre as características pessoais do indivíduo, interações sociais e condições socioeconômicas e ambientais, sendo continuamente interpretados e testados em diferentes situações sociais e, portanto, não são fixos, mas sujeitos a mudanças” (OMS, 1998). O estilo de vida envolve dimensões sobre a nutrição, sono, atividade física, saúde psicológica, lazer, apoio social, entre outros, e por isso pode influenciar e afetar tanto a saúde individual quanto coletiva, incluindo o ambiente de trabalho. É sabido que fatores de estilo de vida são determinantes de morbidade, mortalidade e saúde (Breslow & Enstrom, 1980; Contoyannis &

Jones, 2004) e diversos estudos têm apontado a relação entre trabalho e estilo de vida, com impacto na alimentação saudável (Fodor, Antoni, Wiedemann & Burkert, 2014), qualidade do sono (Schmitt, Belschak & Den Hartog, 2017), comportamento sedentário (Sudholz, Salmon & Mussap, 2018), doenças cardiovasculares e diabetes (Kelsall, Fernando, Gwini, & Sim, 2018), doenças musculoesqueléticas (Monteiro, Alexandre & Rodrigues, 2006) e transtornos mentais (Attridge, 2019).

Uma revisão de literatura mostrou que alguns riscos psicossociais do trabalho, como falta de autonomia, e estilo de vida podiam explicar parte das desigualdades de saúde entre trabalhadores (Dieker et al., 2019), o que ressalta a relação multifatorial e complexa dos processos de saúde e de doença no trabalho. De fato, estilo de vida e trabalho têm sido associados de diferentes formas na literatura. Por exemplo, um estudo transversal demonstrou que empregados da área de construção civil que relataram maior estresse tinham pontuações menores na avaliação do estilo de vida, bem como aqueles que referiram mais avaliações positivas sobre seu trabalho apresentavam mais comportamentos considerados saudáveis (Ulutasdemir, Kilic, Zeki, & Begendi, 2015). Exemplos como os resultados citados têm ressaltado a importância do local de trabalho como um ambiente passível de intervenções de promoção de saúde, de incentivo a comportamentos saudáveis e de incremento da auto-eficácia em saúde (Schopp, Bike, Clark, & Minor, 2015). Porém, cada contexto deve ser avaliado antes de ações voltadas ao estilo de vida, devido às particularidades. Por exemplo, um estudo sugeriu o tempo de serviço de professores estaduais como um importante fator para se programar intervenções, visto que após a fase inicial da carreira os comportamentos de risco à saúde se pronunciavam (Vasconcelos-Rocha, Squarcini, Paixão-Cardoso, & Oliveira-Farias, 2016). Conjectura-se, portanto, que o entorno de trabalho pode ser um fator que favorece ou não hábitos de vida saudáveis.

Pensar em fatores relacionados a estilo de vida se aproxima da discussão sobre promoção de saúde, pois investigar e intervir nos primeiros é estar trabalhando com a segunda. Promoção de saúde foi definida pela Organização Mundial da Saúde (1986) como o processo de permitir às pessoas exercerem controle sobre os determinantes da sua saúde e, assim, poder melhorá-la. Esse conceito incorpora a importância de identificar os determinantes subjacentes da saúde e ajudar os indivíduos e grupos a obterem controle sobre essas forças. Nesse sentido, a literatura (e.g., Açıkgöz Çepni & Kitiş, 2017; Helmer, Krämer, & Mikolajczyk, 2012) tem sugerido a relação entre a escolha por hábitos e comportamentos saudáveis com o locus de controle da saúde (LCS), construto entendido como a percepção das pessoas de quem ou o que detém o controle sobre sua saúde. Ele se manifesta como uma

tendência a perceber os eventos da vida controlados pelo indivíduo, nesse caso um locus de controle interno (LCS Internalidade), ou controlado por outros fatores fora da pessoa, chamado de locus de controle externo, como a sorte (LCS Acaso) ou outras pessoas, por exemplo médicos ou sacerdotes (LCS Outros Poderosos).

No geral, a literatura aponta diferenças na forma como pessoas com locus de controle mais interno ou mais externo reagem e lidam com aspectos do seu mundo de trabalho. Rogen, Robroek e Burdorf (2014) sugerem que um alto LCS interno pode ser considerado como uma característica pessoal positivamente relacionada à adoção de comportamentos saudáveis e de atividades relacionadas à saúde. Além disso, os autores sugerem que trabalhadores com alto LCS interno apresentavam comportamentos mais saudáveis e estavam mais inclinados a participar de ações de promoção de saúde no local de trabalho. No mesmo sentido, Kudo, Okada, Tsunoda, Satoh e Aizawa (2009) descobriram que funcionários com LCS interno mais alto faziam uso dos resultados dos exames periódicos com mais frequência para gerenciar sua própria saúde. Também foi demonstrado que empregados com baixa autoeficácia ou baixo LCS interno foram mais influenciados pelas condições físicas de seu trabalho do que aqueles com alta autoeficácia ou alto LCS externo (May, Schwoerer, Reed, & Potter, 1997). É importante ressaltar que os efeitos positivos do Locus de Controle Interno parecem que apresentam menos relevância em situações de assédio moral (Reknes et al., 2019).

Alguns estudos também apontam perfis de locus de controle como fatores de risco ao adoecimento. O locus de controle externo, por exemplo, foi positivamente associado com o desenvolvimento de burnout em professores de ensino médio (Pavalache-Ilie & Ursu, 2016). O locus de controle interno também foi negativamente relacionado com a exaustão emocional em enfermeiros, porém com efeito limitado (Günüşen, Üstün, & Erdem, 2014). Em consonância, foi apontado a partir de uma amostra de profissionais de saúde que pessoas com um locus de controle mais interno usam estratégias de gerenciamento de conflitos com mais frequência e, como resultado, experimentam menos tensão psicológica nos casos de conflito no local de trabalho (Dijkstra, Beersma, & Evers, 2011). Outro estudo transversal demonstrou que, em trabalhadores saudáveis, o locus de controle externo está associado à ausência ao trabalho de até duas semanas, e em trabalhadores com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade está associado à ausência ao trabalho por mais de duas semanas (Vlasveld et al., 2013). Resultados como os citados sugerem que o locus de controle pode ser um fator importante nos processos de saúde e de doença do trabalhador. Ademais, é possível que identificar perfis de LCS possa facilitar o planejamento de estratégias de intervenções no

contexto de trabalho voltadas à promoção de saúde do trabalhador, na medida em que estimulem um locus de controle que previna o adoecimento no trabalho.

É importante ressaltar que os determinantes de saúde envolvem uma variedade de fatores pessoais, sociais, organizacionais, ambientais e políticos de indivíduos e grupos. Observa-se, portanto, que, embora os indivíduos tenham alguma escolha na forma como lidam com sua saúde e estilo de vida, a maioria das forças que definem o bem-estar está fora do controle direto das pessoas. A literatura tem apontado que programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho não terão sucesso se mantiverem uma perspectiva orientada para o indivíduo, isto é, enfocando apenas em fatores fisiológicos, de comportamentos de risco e em condutas individuais (Noblet & Rodwell, 2010). Com isso, qualquer tentativa de investigar e intervir nas condições de saúde precisa levar em conta tanto as influências ambientais quanto as capacidades de indivíduos e grupos. Ou seja, focar apenas em atitudes e comportamentos pessoais, excluindo o contexto ambiental, falha em reconhecer a natureza dinâmica e complexa da saúde.

Nesse sentido, é peremptório analisar o ambiente em que o trabalhador está inserido, pois fatores organizacionais e psicossociais do ambiente de trabalho estão entre os determinantes ressaltados para a influência nos resultados de saúde (International Labour Organization [ILO], 2016). Por exemplo, tem sido apontado que alta demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho estão associados a altos níveis de insatisfação no trabalho, com consequências como exaustão emocional e problemas de saúde (Sousa, Araújo, Lua & Gomes, 2019), além de características de justiça organizacional e conflitos interpessoais (Eib, Bernhard-Oettel, Hanson & Leineweber, 2018). Apoio social também é citado como um fator psicossocial relevante para minimizar os efeitos nocivos do ambiente de trabalho (Mattos, Araújo & Almeida, 2017).

Os fatores psicossociais podem ser definidos como condições presentes nas situações de trabalho relacionadas à organização do trabalho, ao tipo de cargo, ao desempenho da tarefa, ao ambiente físico e emocional de trabalho, afetando o desenvolvimento do trabalho e a saúde dos trabalhadores (Gil-Monte, 2012). Eles podem melhorar a atividade laboral e a qualidade de vida dos trabalhadores, desenvolvendo seus recursos pessoais e coletivos. Ou podem prejudicar o trabalho, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Neste caso, tais fatores são chamados de riscos psicossociais, e podem ser resultantes de características da tarefa, da organização, do tipo de emprego e do tipo de jornada de trabalho, com efeitos tanto físicos quanto psicológicos (Jiménez & Hernández, 2013). Exemplos clássicos de riscos psicossociais são o estresse relacionado ao trabalho, o estresse traumático secundário, a

violência no trabalho, assédio moral e desgaste. Outros exemplos de riscos psicossociais emergentes são o trabalho emocional, o tecnoestresse e hiperconectividade, e a conciliação trabalho-família. Os dois principais modelos teóricos que buscam explicar e avaliar os riscos psicossociais atualmente são o Modelo de Demandas-Controle-Suporte, que compreende o controle no trabalho, as demandas psicológicas e físicas, e o suporte social oferecido por colegas e supervisores; e o Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa, onde esforço extrínseco e intrínseco elevados e baixa recompensa percebida pelo trabalhador podem ser causas de estresse (Vazquez, Pianezolla, & Hutz, 2018).

Entre os riscos psicossociais mais estudados está o estresse relacionado ao trabalho por ser considerado um dos principais desafios contemporâneos enfrentados pela saúde e segurança ocupacional (Hassard & Cox, 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde, o estresse relacionado ao trabalho diz respeito a um padrão de reações psicológicas, emocionais, cognitivas e comportamentais a certos aspectos extremamente contundentes ou exigentes do conteúdo, organização e ambiente de trabalho, que ocorrem quando as demandas de trabalho do indivíduo são maiores do que sua capacidade de lidar (Houtman & Jettinghof, 2008). Reconhece-se que nenhum questionário estruturado é suficiente para avaliar todos os riscos psicossociais geradores de estresse relacionado ao trabalho (Edwards, Webster, Laar, & Easton, 2008), mas utilizam-se alguns como indicadores dos riscos a serem olhados com mais atenção – por exemplo, sobrecarga, falta de apoio social, falta de controle, conflitos, etc. -, por serem relevantes para a saúde do trabalhador. Os trabalhadores sob períodos prolongados de estresse podem desenvolver sérios problemas de saúde física e de saúde mental (Navinés et al., 2016), enquanto que para as organizações, os efeitos negativos se traduzem em baixo desempenho geral da empresa, aumento do absenteísmo, presenteísmo (trabalhadores que estão presentes, mas são incapazes de desempenhar suas tarefas de maneira eficaz) e maiores taxas de acidentes e lesões (Silla & Rodríguez, 2013).

Entre os prejuízos em saúde física, foi demonstrado que trabalhadores com comprometimento e esforço excessivo apresentaram significativamente o risco de fibrinogênio elevado, enquanto que percepção alta de recompensa diminuiu em 80% esse risco (Xu et al., 2012), evidenciando o estresse relacionado ao trabalho como um fator de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Outro estudo com diferentes grupos ocupacionais apontou a associação entre dorsalgia e estresse relacionado ao trabalho, sendo os dois negativamente relacionados com a capacidade para o trabalho (Oberlinner, Yong, Nasterlack, Pluto, & Lang, 2015). Em relação aos prejuízos à saúde mental, os problemas estão associados a diversas fontes de estresse relacionado ao trabalho, que podem aumentar a

vulnerabilidade de um indivíduo a problemas mais graves de saúde mental, além de queixas físicas e psicossomáticas. Por exemplo, estresse pode desencadear um quadro de ansiedade fóbica ao trabalho, associada às demandas e à falta de recursos, e relacionada positivamente com o absenteísmo (Vignoli, Muschalla & Mariani, 2017). O estresse ocupacional está também relacionado ao *burnout* em profissionais de saúde com maiores níveis na dimensão angústia pessoal da empatia (Pinheiro, Sbicigo & Remor, 2020) e foi associado com sintomas depressivos e ansiosos em professores universitários (Rodríguez, Ahumada, Monte, Cruz, & Tomasini, 2018).

O estresse relacionado ao trabalho também tem sido associado à ausência do trabalho por motivo de doença, ou também chamado absenteísmo-doença. Foi demonstrado que estressores tanto sociais quanto ligados às tarefas no trabalho aumentam as perdas de produtividade relacionadas à saúde, e isso se torna mais forte naqueles trabalhadores que carecem de recursos pessoais ou profissionais de apoio (Brunner, Igic, Keller & Wieser, 2019). Outro estudo avaliou quatro fontes estressoras – desequilíbrio entre esforço e recompensa, comprometimento excessivo, controle das demandas e injustiça organizacional – e encontrou associação de todos com absenteísmo, com especial atenção à última (Schmidt et al., 2019). E, ainda, falta de autonomia e pressão no trabalho foram associadas com risco de absenteísmo (Kottwitz, Schade, Burger, Radlinger, & Elfering, 2018). No Brasil, por exemplo, diversos fatores de estresse, como falta de experiências de aprendizado, altas demandas e violência, foram associados ao absenteísmo entre professores (Maia, Claro & Assunção, 2019). Também foi identificado que baixo suporte dos colegas está associado a licenças para tratamento de saúde mais longas em enfermeiros (Santos, Kupek, Cunha & Blank, 2011).

Portanto, características organizacionais e psicossociais do contexto de trabalho podem se mostrar preditoras para o adoecimento ou não de trabalhadores e, entre elas, o estresse relacionado ao trabalho tem sido ressaltado. Como apresentado antes, outras variáveis, como estilo de vida e locus de controle da saúde, também foram associadas aos processos de saúde e de doença de trabalhadores, inclusive com impacto no absenteísmo-doença.

Absenteísmo-doença como indicador de adoecimento no trabalho

Um importante indicador que tem sido tomado como referência para avaliar os índices de adoecimento do trabalhador é a ausência ao trabalho por motivo de doença, devido à facilidade de medição (Hilton, Sheridan, Cleary, & Whiteford, 2009). Também chamado

absenteísmo-doença, é um fenômeno que afeta intensamente a rotina do ambiente de trabalho, pois impacta no desempenho e na experiência subjetiva do trabalhador, no seu vínculo com colegas, bem como na produtividade da organização (Pacico, Sabino, Santos & Vazquez, 2020). É definido pela Organização Internacional do Trabalho (ILO, 1991) como ausência ao trabalho decorrente de uma incapacidade do indivíduo, exceto por gestação ou prisão, podendo ser atribuído a uma doença ou lesão acidental, como medida para evitar a propagação de doenças transmissíveis, ou, ainda, variando desde um mal-estar até uma doença grave. Compreende-se que quanto mais dias o trabalhador se ausenta do seu trabalho, mais graves são as repercussões do absenteísmo para o indivíduo, para os colegas e para a organização. Ou seja, um trabalhador que se ausentou cinco dias no ano é menos grave que uma ausência de 120 dias, pois no segundo caso os prejuízos para o indivíduo e para a organização tem um impacto maior.

Já há algumas décadas, certas variáveis têm sido associadas com absenteísmo-doença, como, por exemplo, um estudo clássico que demonstrou associação entre peso, tabagismo e saúde mental com ausência ao trabalho por motivo de doença (Parkes, 1987). Corroborando esse resultado prévio, um estudo demonstrou que o absenteísmo está associado positivamente com obesidade e negativamente com uma dieta de alta qualidade e com a prática de atividade física (Fitzgerald, Kirby, Murphy & Geaney, 2016). Em complementariedade, foi apontado que a obesidade está associada ao absenteísmo mais fortemente entre mulheres (Keramat, Alam, Gow, & Biddle, 2020). Ferreira, Griep, Fonseca e Rotenberg (2012) também apontaram que, entre trabalhadores de enfermagem, a ausência do trabalho por motivo de doença estava associada a uma pior autopercepção de saúde, ao estado civil (solteiros se ausentavam menos) e ao tipo de contrato de trabalho (servidores públicos se ausentavam mais). Ademais, o estilo de gestão foi reportado como um importante determinante para o absenteísmo (Frooman, Mendelson & Murphy, 2012).

Outros estudos que testaram modelos de estresse relacionado ao trabalho contribuem com a compreensão sobre o absenteísmo-doença. Por exemplo, o desequilíbrio entre esforço e recompensa foi fortemente associado com os resultados de saúde ao longo do tempo e com a ausência por motivo de doença (Leineweber, Eib, Bernhard-Oettel & Nyberg, 2020) e o descompasso entre demandas e recursos de trabalho também foram associados ao absenteísmo, ainda que indiretamente (Bakker, Demerouti, De Boer, & Schaufeli, 2003). Além dos aspectos da organização do trabalho geradores de estresse, parece que as características individuais do trabalhador são relevantes para a compreensão do fenômeno, pois alto neuroticismo, baixa extroversão e lócus de controle externo foram associados com

absenteísmo de curta e longa duração (Vlasveld et al., 2013). Tais resultados demonstram que o absenteísmo é multifatorial e sua prevenção precisa partir de um modelo complexo. Interessante acrescentar que intervenções de promoção de saúde no ambiente laboral têm se mostrado efetivas para a melhora da saúde auto-percebida, para produtividade e para menores índices de absenteísmo-doença, desde que envolvam todos os domínios do trabalho (Mat Saruan et al., 2020; Rongen, Robroek, Lenthel & Burdorf, 2013).

Assim, o absenteísmo-doença é um fenômeno complexo influenciado por múltiplas variáveis e afetado pelo adoecimento físico e mental do trabalhador, podendo servir como indicador de saúde ocupacional. Lesões, doenças e consultas médicas são razões comumente relatadas para ausência do trabalho. Acidentes de trabalho, ou fora dele, também são causas comuns de afastamento, e problemas de saúde crônicos, como dor nas costas, é um motivo de absenteísmo recorrente. No Brasil, segundo dados do Observatório Digital de Segurança e Saúde no Trabalho da Organização Internacional do Trabalho (<https://smartlabbr.org/sst> recuperado em 08 de agosto de 2020), só em 2018, houveram 288,6 milhões de dias de trabalho perdidos devido a afastamento do trabalho por motivo de saúde, entre os auxílios-acidentários¹ (B91) e auxílios-doença (B31) concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Sobre o perfil de afastamento do INSS em 2018, as causas mais frequentes para auxílio-doença, segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10), foi M54-Dorsalgia, seguido de grupo S-Fraturas, D25-Leiomoma uterino e F32-Episódios depressivos. Porém, tais dados se referem ao contexto brasileiro em geral. Se filtrar por Setor Econômico - Administração Pública em geral - e para as ocupações Assistente Administrativo e Professor de Ensino Superior, que são as principais em uma instituição de ensino superior federal, os dados se tornam mais específicos. Considerando estes filtros, em 2018, as duas principais causas de afastamento por auxílio-doença são F32 (5%), M54(5%) e D25 (5%). Já em relação aos auxílios-acidentários, a causa mais frequente é S82-Fratura da perna (8%), seguido pelo M54 (8%) e o F32 (6%). Se analisar por grupo do CID-10, as principais causas de auxílio-doença concedidas pelo INSS em 2018 foram grupo M – Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (18%); e grupo F – Transtornos mentais e comportamentais (15%).

¹ Auxílio-acidentário é o benefício concedido quando a perícia médica reconhece tanto um acidente de trabalho ou de trajeto quanto uma doença ocupacional. Já o Auxílio-Doença é um benefício por incapacidade que comprove, em perícia médica, estar temporariamente incapaz para o trabalho em decorrência de doença sem relação com a ocupação ou acidente fora da jornada de trabalho (<https://www.inss.gov.br/beneficios/auxilio-doenca/auxilio-doenca-comum-ou-acidente-de-trabalho/> recuperado em 29 de julho de 2020).

O absenteísmo-doença tem sido uma preocupação no serviço público, pois afeta o desempenho dos serviços essenciais ao cidadão, além de onerar os cofres públicos, e está associado a múltiplos fatores (Sampaio & Baptista, 2019; Santi, Barbieri, & Cheade, 2018). Em relação às causas de afastamento do trabalho por motivo de doença no serviço público brasileiro, estudos têm indicado que os motivos principais se relacionam com problemas osteomusculares e transtornos mentais (Santa-Marinha, Teixeira, Maciel & Moreira, 2018; Santi Barbieri, & Cheade, 2018), mostrando resultados semelhantes com os dados epidemiológicos apontados pelo INSS. Assim, a análise da epidemiologia das principais causas de absenteísmo-doença sugere a importância de se conhecer melhor fatores que possam estar relacionados ao adoecimento do trabalhador neste contexto, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais.

Promoção de saúde e prevenção de doença no ambiente de trabalho da universidade pública federal

A Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal foi instituída em 2009, pelo Decreto 6.833, determinando a criação de um sistema integrado de atenção à saúde do servidor. Suas prerrogativas são a promoção, prevenção e acompanhamento de saúde dos servidores através de ações que objetivam intervir no processo de adoecimento, tanto nos aspectos individuais como nas relações coletivas do ambiente de trabalho. Em consonância, a Portaria MPOG 03/2013, a qual faz parte da Política supracitada, institui as diretrizes de promoção da saúde gerais para este contexto de trabalho específico, sugerindo o “uso da informação e indicadores de saúde como insumos para orientar e favorecer a transformação contínua do nível de saúde e das condições de vida dos servidores” (p.7). Ou seja, obter dados consistentes sobre a saúde dos trabalhadores antes de se desenvolver ações e programas de promoção e prevenção é preponderante. Porém, nem sempre é o que acontece, sendo muito comum a definição de estratégias de gestão desvinculadas de um completo e profundo diagnóstico dos processos de saúde e adoecimento, como ressaltou um estudo realizado na Universidade Federal Fluminense (Pôssas, Meirino & Pacheco, 2019).

Uma grande parte dos servidores federais se encontra lotada em universidades. Estudos sobre a docência no ensino superior têm ganhado visibilidade nos últimos anos devido à exposição de estressores ocupacionais comuns à categoria, como altas demandas e baixo apoio social (García, Iglesias, Saleta & Romay, 2016). Uma revisão brasileira apontou que, entre os docentes federais, predominaram as doenças psicossomáticas, seguidas pelas patologias psíquicas, e pelo adoecimento e sintomas físicos (Oliveira, Pereira & Lima, 2017).

Um estudo com docentes em uma universidade do norte do país apontou que, apesar de fatores de realização profissional se mostrarem satisfatórios, os danos psicológicos, físicos e sociais decorrentes do trabalho eram preocupantes, indicando necessidade de prevenir riscos de adoecimento no serviço público universitário (Tundis & Monteiro, 2018).

Importante destacar que nas instituições públicas de ensino superior, o absenteísmo-doença em decorrência de transtornos mentais e a presença de sintomas depressivos e ansiosos têm se destacado entre todos os cargos de servidores (Fernandes et al., 2019; Bastos et al., 2018), e entre os docentes têm se ressaltado o adoecimento mental em decorrência da intensificação da jornada de trabalho, sobrecarga e sobreposição de atividades (Campos, Vêras & Araújo, 2020). Ainda, Noro e Kirchhof (2004) investigaram a prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade federal do Rio Grande do Sul entre o período de 1997 a 1999. Nessa pesquisa, evidenciou-se que os transtornos mentais levaram a maior frequência de licenças de saúde entre os trabalhadores da enfermagem, assistentes em administração, recepcionistas e professores. Outro estudo ressaltou a incidência de transtornos depressivos e ansiosos em trabalhadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro e as possíveis ações de intervenção no âmbito da saúde mental do trabalhador no serviço público (Telles et al., 2019).

Ainda que inúmeras investigações tenham destacado a prevalência de adoecimento mental entre servidores de instituições públicas de ensino, o estudo de variáveis que se relacionem com os índices de saúde geral, tanto física quanto mental, também é essencial para pautar programas de promoção de saúde e prevenção de absenteísmo-doença nesse contexto específico de trabalho, como hábitos de estilo de vida, percepção de saúde e percepção de estresse em servidores de universidades públicas. Por exemplo, em uma investigação sobre fatores de risco à saúde entre servidores de uma universidade federal do norte do país foi encontrada elevada prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis, como hábitos alimentares inadequados (Nascimento et al., 2015). No mesmo sentido, um levantamento realizado em uma universidade pública da região sudeste demonstrou que, entre os servidores da amostra, os índices de fatores de risco à saúde eram preocupantes e reforçou a importância de educação à saúde e prevenção de aspectos associados a doenças crônicas não-transmissíveis (Zamai, Bankoff, & Moraes, 2012).

Considera-se que oferecer e estimular conhecimento sobre sua própria saúde e adoecimento pode afetar as condições de vida dos trabalhadores, e para isso esclarecer os fatores que impactam nos processos de saúde e de doença de servidores de universidades é essencial. Como os cenários de trabalho, assim como os indivíduos, são diferentes entre si, se

faz necessário adequar as avaliações desses processos ao contexto e às reais necessidades do serviço público universitário. Defende-se que alcançar um ambiente saudável envolve orientar as políticas acadêmicas laborais para uma perspectiva de saúde ocupacional e para a vigilância dos fatores de risco de adoecimento da população de servidores universitários. Nesse sentido, o presente estudo busca investigar a relação entre alguns fatores biopsicossociais com o absenteísmo-doença em servidores de uma universidade federal do sul do Brasil.

CAPÍTULO II – A RELAÇÃO ENTRE FATORES PSICOSSOCIAIS E ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM SERVIDORES PÚBLICOS DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL

RESUMO

A ausência ao trabalho por motivo de doença, definido como absenteísmo-doença, impacta na experiência do indivíduo, no vínculo com os colegas e nos processos de trabalho da organização. O objetivo deste estudo foi investigar fatores associados com o absenteísmo-doença autorreferido de servidores públicos de uma instituição federal de ensino, a partir de uma perspectiva biopsicossocial. Estilo de vida, locus de controle da saúde, estresse relacionado ao trabalho, autopercepção de saúde física e mental foram analisados a fim de compreender sua relação com o absenteísmo-doença. Além disso, perfis de risco para adoecimento físico e mental nesta população também foram traçados. Trata-se de um estudo transversal por meio de questionário online. Participaram 898 servidores públicos da instituição em questão, entre docentes e técnico-administrativos. Seis instrumentos foram incluídos: um questionário sobre as características sociodemográficas e ocupacionais dos servidores e outro sobre absenteísmo-doença; a escala *FANTASTIC Lifestyle*, para avaliação do estilo de vida; a escala *Multidimensional Health Locus of Control Scale*, que avalia locus de controle da saúde; o *Health Safety Executive*, para avaliação dos riscos psicossociais do trabalho; e o *Short-Form 12v2*, para avaliação da saúde física e mental. Para identificar as variáveis de maior associação com o absenteísmo-doença foi empregado o modelo de regressão de *Poisson* através de Estimativas de Equações Generalizadas. Para avaliação do tipo de adoecimento, características sociodemográficas e laborais foram comparadas entre aqueles que se ausentaram por doença física ou mental através do teste *Qui-quadrado de Pearson*. Os resultados apontaram que estresse relacionado ao trabalho, locus de controle da saúde, autopercepção de saúde física e mental, tipo de cargo, gênero e tempo de serviço na instituição se associam com o número de dias de ausência ao trabalho por motivo de doença. Servidores até 39 anos e técnico-administrativos proporcionalmente também se ausentaram mais em decorrência de transtorno mental. O presente estudo contribui para a literatura existente ao oferecer dados adicionais para a compreensão do absenteísmo-doença em um contexto de serviço público universitário brasileiro.

ABSTRACT

Absence from work due to illness, defined as sickness absence, impacts the individual's experience, the bond with colleagues and the organization's work processes. The aim of the study was to investigate factors associated with self-reported sickness absence of public servants from a federal educational institution, from a biopsychosocial perspective. Lifestyle, health locus of control, work-related stress, self-perceived physical and mental health were analyzed in order to understand their relationship with sickness absence. In addition, risk profiles for physical and mental illness in this population were also drawn. This is a cross-sectional study using an online questionnaire, and the participants consisted of 898 workers from the institution. The following six instruments were made available: a sociodemographic questionnaire and one about sickness absence; the FANTASTIC Lifestyle scale, which assesses lifestyle; the Multidimensional Health Locus of Control scale; the Health Safety Executive, which assesses psychosocial risks at work; and the Short-Form 12v2, which evaluates physical and mental health. In order to identify the variables with the greatest impact to explain sickness absence, the Poisson Regression Model of Generalized Equation Estimates was used. To assess the illness profile, sociodemographic and occupational characteristics were compared among those who were absent due to physical or mental illness using Pearson's Chi-square test. The results show that work-related stress, health locus of control, self-perception of physical and mental health, work role, gender and length of service at the institution impact the number of days off work due to illness. Workers up to 39 years of age and administrative staff were also proportionally absent more due to mental disorders. The present study contributes to the existing literature by offering additional data to understand absenteeism-illness in a context of Brazilian university public service.

INTRODUÇÃO

A saúde ocupacional pode ser entendida como um campo de estudo e prática interdisciplinares preocupado com o bem-estar (o que inclui saúde e segurança) das pessoas nos seus ambientes de trabalho, e uma área essencial para os indivíduos, para as organizações e para a sociedade geral, na medida em que influencia a qualidade de vida dos trabalhadores e suas famílias, os custos da saúde e da doença da nação e os níveis de produtividade (Beehr, 2019). Um importante indicador dos processos de saúde e adoecimento dos trabalhadores utilizado na literatura é o absenteísmo-doença, o qual diz respeito à ausência ao trabalho decorrente de uma incapacidade do indivíduo, exceto por gestação ou prisão, podendo ser atribuído a uma doença ou lesão acidental, como medida para evitar a propagação de doenças transmissíveis, ou, ainda, variando desde um mal-estar até uma doença grave (ILO, 1991). Normalmente medido por autorrelato, é um fenômeno onde quanto mais dias o trabalhador se ausenta do seu trabalho, mais graves são as repercussões para o indivíduo, para os colegas e para a organização. O absenteísmo-doença já foi associado positivamente com obesidade (Fitzgerald et al., 2016), com uma pior autopercepção de saúde, com o estado civil solteiro e com vínculo com o serviço público (Ferreira et al., 2012).

O absenteísmo-doença não pode ser explicado apenas por problemas de saúde, visto sua determinação múltipla e complexa, com associação a diferentes variáveis. Da mesma forma, a interface entre saúde e trabalho não envolve apenas aspectos das condições laborais, mas uma gama de fatores, alguns também paralelos ao trabalho, que operam no processo de saúde e adoecimento ocupacional e que, ao serem identificados, podem ser fundamentais para a promoção de saúde de trabalhadores. O objetivo aqui, portanto, é analisar alguns fatores psicossociais associados com absenteísmo-doença em um cenário de serviço público universitário, os quais podem servir de indicadores para que o campo da saúde ocupacional exerça seu escopo de promoção, prevenção e construção de um ambiente de trabalho saudável neste contexto. Os aspectos levantados neste estudo são estilo de vida, lócus de controle da saúde, estresse relacionado ao trabalho e saúde autopercebida.

O estilo de vida tem sido cada vez mais implicado como fator de risco, ou inversamente como de proteção, para uma ampla gama de condições de saúde física, e interage fortemente com o contexto social: a dieta, por exemplo, depende em certa medida da escolha, mas também do que está disponível e acessível; o estresse crônico depende das características individuais, mas também das demandas de tarefas e dos recursos disponíveis (Bolton & Gillett, 2019). Diversos aspectos de um estilo de vida menos saudável parecem

estar associados ao absenteísmo-doença, apesar da literatura não trazer um consenso de quais deles. Por exemplo, tabagismo e um estilo de vida estressante foram relacionados a um maior risco de ausência ao trabalho por doença em trabalhadores de uma empresa de viação aérea brasileira, enquanto que índice de massa corporal (IMC) esteve associado a maior gasto em saúde (Rabacow, 2015; Rabacow et al., 2014).

Em um estudo dinamarquês com um grande número de trabalhadores, o absenteísmo crescente num período de um ano foi associado negativamente com atividade física de lazer vigorosa e positivamente com tabagismo entre indivíduos com quadro de dores musculoesqueléticas (Hallman Holtermann, Björklund, Gupta, & Rasmussen, 2019). Em complementariedade, um estudo com indústrias irlandesas demonstrou que o absenteísmo está associado positivamente com obesidade e negativamente com uma dieta de alta qualidade e com a prática de atividade física (Fitzgerald et al., 2016). Ressalta-se que, entre docentes universitários, o sobrepeso e o sedentarismo são importantes fatores de risco presentes (Dias, Dusmann, Costa, Francisqueti, & Higarashi, 2017). Fiorezi (2013) também apontou maior prevalência de atividade física irregular/sedentário, sobrepeso/obesidade e consumo de bebida alcoólica entre docentes de uma universidade federal, enquanto que os técnico-administrativos apresentaram maior frequência de alimentação não saudável, tabagismo e uso de substâncias ilícitas. Destaca-se que tais hábitos de vida são considerados passíveis de mudança e, portanto, essenciais de serem avaliados. Assim, a percepção de estilo de vida foi incluída neste estudo no intuito de verificar se está associado ao indicador de saúde ocupacional absenteísmo-doença.

Como comentado anteriormente, o estilo de vida interage fortemente com o contexto social, porque ao mesmo tempo em que os comportamentos e hábitos saudáveis implicam escolhas, também dependem do que está disponível, acessível e sob controle do indivíduo. Ajudar, portanto, as pessoas a obterem controle sobre determinantes de sua própria saúde é promoção de saúde. No âmbito do trabalho, a promoção de ambientes saudáveis inclui uma série de políticas e atividades nos ambientes laborais, projetadas para empregadores e trabalhadores de todos os níveis aumentarem o controle sobre sua saúde e melhorá-la (OMS, 2010). Porém, uma questão ainda nebulosa na literatura é qual o impacto das crenças de controle dos trabalhadores nos resultados de sua saúde ocupacional. Parece que homens com crenças de controle negativas podem apresentar maior tempo de ausência no trabalho após um agravo de saúde do que homens com crenças de controle positivas, além de que maior confiança na controlabilidade da ausência por doença pode aumentar o investimento em saúde desses indivíduos (Schurer, 2017).

Uma possível medida para avaliar crenças de controle é o Locus de Controle da Saúde (LCS), construto entendido como a percepção das pessoas de quem ou o que detém o controle sobre sua saúde. Ele se manifesta como uma tendência a perceber os eventos da vida controlados pelo indivíduo, nesse caso um locus de controle interno (LCS Internalidade), ou controlado por outros fatores fora da pessoa, como a sorte (LCS Acaso) ou outras pessoas, por exemplo, médicos e sacerdotes (LCS Outros Poderosos). No contexto da promoção de saúde ocupacional, esse construto pode se relacionar de algumas formas. Por exemplo, parece que funcionários com LCS interno mais alto fazem uso dos resultados dos exames periódicos com mais frequência para gerenciar sua própria saúde (Kudo et al., 2009). Além disso, em trabalhadores saudáveis, o locus de controle externo foi associado à ausência ao trabalho de até duas semanas, e em trabalhadores com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade foi associado à ausência ao trabalho por mais de duas semanas (Vlasveld et al., 2013). Diante do exposto, avaliar se existe algum tipo de LCS predominante entre servidores em contexto universitário pode ser uma medida importante para se entender os processos de saúde e doença desta população.

Porém, não são apenas aspectos individuais que influenciam a saúde ocupacional, na verdade existe uma ampla gama de maneiras pelas quais o trabalho e fatores contextuais estão vinculados à saúde e às disparidades de saúde para indivíduos e sociedades, podendo ser citados a estrutura de empregabilidade no país, o ambiente político, a macroeconomia, a exposição a riscos biológicos, insegurança e repercussões negativas do trabalho em outros domínios da vida (Burgard & Lin, 2013). Entende-se, portanto, que existem determinantes de saúde que podem estar mais ou menos sob controle do indivíduo, como o caso de riscos psicossociais relacionados ao trabalho. Estes podem estar ligados às características da tarefa, da organização, do emprego e do tempo de trabalho e sua análise mostra efeitos negativos sobre a saúde dos trabalhadores e o trabalho (Gil-Monte, 2012). Assim, a avaliação da percepção sobre os riscos psicossociais do trabalho, quando realizada, propicia o diagnóstico amplo dos aspectos relacionados à dimensão psicossocial e da organização do trabalho, os quais podem desencadear estresse e adoecimento entre os trabalhadores.

O estresse relacionado ao trabalho tem sido associado ao absenteísmo-doença. Por exemplo, parece haver uma relação significativa entre o número de faltas ao trabalho por doença e diferentes dimensões do estresse ocupacional, como carga de trabalho, conflito de papéis, ambiente físico e estresse total (Zare, Choobineh & Keshavarzi, 2016). A tensão no trabalho também foi relacionada ao risco maior de absenteísmo-doença, tanto em homens como em mulheres (Amiri & Behnezhad, 2020). No contexto das universidades públicas, por

exemplo, a intensificação da jornada de trabalho, a sobrecarga e a sobreposição de atividades são fatores de estresse que foram associados com adoecimento mental entre docentes (Campos et al., 2020). Já entre técnicos-administrativos, a estrutura de trabalho inadequada e o baixo apoio social são aspectos apontados como importantes para o estresse ocupacional (Lopes & Silva, 2018). Sabe-se que há limitações em avaliar os riscos psicossociais do trabalho somente por questionários estruturados, porém eles servem como indicadores a serem analisados mais atentamente a partir de uma abordagem baseada em padrões de controle de riscos (MacKay, Cousins, Kelly, Lee & McCaig, 2004). Visto isso, neste trabalho, optou-se por utilizar um instrumento que avalia os riscos psicossociais de forma mais abrangente e exploratória.

Importante destacar também que alguns fatores podem resultar em uma pior autoavaliação da saúde em trabalhadores. Por exemplo, um estudo brasileiro apontou que diversos aspectos do ambiente de trabalho, incluindo exposição ao estresse ocupacional, podem impactar negativamente na autoavaliação de saúde entre trabalhadores (Oenning, Carvalho & Lima, 2019). Alinhado a isso, uma pesquisa com professores universitários de instituições públicas de ensino superior mostrou que o estresse elevado aumentou entre 4 a 5 vezes a chance de percepção negativa da saúde, apontando o importante impacto que o estresse percebido tem na saúde de docentes (Reis, 2005). A pior autoavaliação de saúde está relacionada com o absenteísmo-doença de longa duração, tanto em casos de adoecimento físico quanto mental (Eriksson et al., 2008), sendo que a precisão em prever a ausência ao trabalho por doença aumenta quando utilizado um instrumento de múltiplos itens em comparação a um único item de autorrelato de saúde (Roelen et al., 2015).

Diante do exposto, considera-se relevante analisar as condições de saúde, de trabalho e hábitos de vida de servidores públicos em ambiente universitário, pois tal pode auxiliar na compreensão dos fatores que influenciam a saúde ocupacional e a ausência ao trabalho por motivo de doença neste contexto. Assim, este estudo se propõe a oferecer um modelo exploratório para o absenteísmo-doença, a partir da análise do estilo de vida, lócus de controle da saúde, estresse relacionado ao trabalho e percepção de saúde física e mental em uma amostra de docentes e técnico-administrativos de uma universidade federal do sul do Brasil. A hipótese exploratória inicial é que todas as variáveis citadas se associarão em alguma medida ao absenteísmo-doença autorrelatado. Além disso, perfis de risco para adoecimento físico e mental nesta população também são traçados. Propõe-se como hipótese ainda que o perfil de risco para adoecimento físico e mental nesta população está caracterizado por diferenças sociodemográficas e ocupacionais, como gênero, idade, tipo de cargo e tempo de serviço.

MÉTODO

Participantes

A população-alvo do estudo foram servidores públicos de uma universidade federal do sul do Brasil, que na época contava com cerca de 5470 trabalhadores, entre docentes e técnico-administrativos. Sobre os dados gerais desta população: 53,8% eram docentes; 52% possuíam doutorado; 34,2% tinham entre 03 a 09 anos de tempo de serviço na instituição; e 52% eram homens. Os critérios de inclusão para o estudo foram: aceitar participar do estudo; ser servidor ativo lotado na instituição estudada; concluir o questionário. Os critérios de exclusão foram definidos como: estar em afastamento para estudos, colaboração técnica ou cedência há mais de 90 dias; referir licença-gestante nos últimos 12 meses. Deste universo e considerando os critérios, um total de 898 servidores integrou a amostra do estudo de forma anônima e voluntária, sendo que 59,5% eram mulheres; 53,2% eram técnico-administrativos; e 49,6% possuíam doutorado, sendo que desses 90,4% eram docentes. A amostra tem um grau de confiança de 99% e uma margem de erro de 4%.

Delineamento e Procedimentos

Trata-se de um estudo de corte transversal e constitui-se em método descritivo quantitativo a partir de um levantamento por meio de questionários. A coleta de dados foi online através da plataforma Survey Monkey® (<https://pt.surveymonkey.com/>). Todos os servidores foram convidados a participar por meio de correio eletrônico institucional da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, após prévia autorização das autoridades acadêmicas. Além do convite inicial, outros três e-mails de lembrete foram enviados ao longo dos três meses de coleta, que iniciou em 28 de janeiro e encerrou em 17 de abril de 2020. Um total de 1206 servidores retornou o questionário. Destes, 10 não aceitaram participar do estudo; 246 não completaram o questionário; 42 estavam em afastamento; quatro referiram licença-gestante (que não é considerado absentismo-doença). Ainda seis casos com valores atípicos foram excluídos da amostra por terem apresentado tendenciosidade nas respostas aos itens e terem sido definidos como observações extraordinárias sem explicações convincentes (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). Cabe destacar que a amostra caracterizou-se como não-probabilística, pois a coleta desenvolveu-se com base na disponibilidade e desejo dos servidores em responder ao protocolo de avaliação (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2012).

Variáveis e instrumentos

Características sociodemográficas e ocupacionais dos servidores: Foram levantadas a partir de questionário desenvolvido *ad hoc* para este estudo. Os itens avaliaram idade, gênero, raça, cargo (docente/técnico-administrativo), escolaridade, tempo no cargo, tempo de serviço na instituição, campus de exercício e se desempenha função de chefia (Apêndice B).

Estilo de Vida: Foi avaliado através da escala *FANTASTIC LifeStyle* (Anexo B), que possui nove dimensões e alcança várias facetas dos hábitos de saúde. Desenvolvido na década de 80 (Wilson & Ciliska., 1984), é um instrumento auto-administrado, que possui 25 itens, divididos em nove domínios: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho. O nome do instrumento representa o acrônimo desses nove domínios na língua inglesa. Na sua avaliação, quanto menor for o escore do indivíduo numa escala de 0 a 100, maior é a indicação de necessidade de mudanças nos hábitos de saúde. No Brasil, o instrumento foi adaptado e validado para população de jovens adultos (Rodríguez Añez, Reis & Petroski, 2008), apresentando um alfa de Cronbach de 0,69. A validade de construto testada pela capacidade classificatória do instrumento em quatro e três categorias foi de 75% e 80,7%, com um índice Kappa de 0,58 e 0,7, respectivamente. No presente estudo, o alfa de Cronbach do instrumento foi 0,78.

Lócus de Controle da Saúde: Foi avaliado pela *Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC)*, versão A (Anexo C). O questionário foi desenvolvido por Wallston, Wallston e DeVellis (1978), validado para diversas populações (Wallston, 2005) e contém 18 itens, sendo que em seu interior discrimina três tipos de subescalas: internalidade (I), outros poderosos (P) e acaso (C), cada uma com seis itens intercalados. Por se tratar de subescalas, os três tipos de lócus de controle da saúde foram tratados de maneira independente. Em cada um, os escores variam de 0 a 30, sendo que altas pontuações nas subescalas são indicativas da crença de que a saúde é controlada por algum desses fatores (controle individual, por outras pessoas ou pela sorte). No Brasil, a MHLC tem sido usada a partir da validação realizada por Rodríguez-Rosero, Ferriani e Dela Coleta (2002). A validação do instrumento foi verificada pela consistência interna através do alfa de Cronbach, encontrando-se os valores 0,71; 0,67; e 0,78, respectivamente para cada subescala. No presente estudo, os alfas de Cronbach para cada subescala, respectivamente, foram 0,64; 0,62; e 0,59.

Estresse Relacionado ao Trabalho: Foi avaliado pelo *Health Safety Executive - Indicator Tool* (HSE-IT – Anexo D). Desenvolvido em 2004 pelo *Health and Safety Executive*, organismo oficial responsável pela prevenção de riscos psicossociais do Reino Unido, o instrumento é composto por 35 itens, distribuído em sete dimensões referentes a fatores psicossociais do trabalho: Demanda, Controle, Apoio da chefia, Apoio dos colegas, Relacionamentos, Cargo e Comunicação e mudanças. Utiliza uma escala do tipo Likert, com uma única alternativa de escolha para cada item: (0) nunca, (1) raramente, (2) às vezes, (3) frequentemente ou (4) sempre. O instrumento foi construído inicialmente com base no Modelo Demanda-Controle de Karasek, sofrendo modificações posteriores, e é indicado como uma medida de estresse relacionado ao trabalho, sendo o escore calculado a partir da soma de todas as respostas dividido pelo total de itens, variando entre 0 a 4 (Edwards, Webster, Laar, & Easton, 2008). Ressalta-se que quanto mais alto o escore, menor o estresse do indivíduo frente aos fatores psicossociais do trabalho. Duas dimensões possuem itens negativos, que foram invertidos para permitir comparação entre as dimensões. Esse instrumento foi traduzido e validado no Brasil (Lucca & Sobral, 2017), apresentando propriedades psicométricas adequadas para uso em pesquisa. No presente estudo, o alfa de Cronbach do instrumento foi de 0,73.

Saúde Autopercebida: Foi avaliada através do *Short-Form Health Survey 12 – version 2* (SF-12v2 – Anexo E). Trata-se de uma medida de autorrelato da qualidade de vida relacionada à saúde, projetada para investigar aspectos multidimensionais da saúde física e mental da população em geral. O instrumento possui oito dimensões, são eles: Funcionamento Físico, Papel Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Papel Emocional e Saúde Psicológica. Além disso, duas subescalas de resumo podem ser derivadas do SF-12v2, incluindo uma de saúde mental e uma de saúde física. Em cada uma, os escores variam de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação melhor é a percepção de saúde. Desenvolvida originalmente na década de 90 (Ware, Kosinski, & Keller, 1996), é uma das escalas mais utilizadas para medir qualidade de vida relacionada à saúde, tendo sido traduzida para mais de 100 idiomas (Burholt & Nash, 2011). No Brasil, esse instrumento foi traduzido e validado, apresentando propriedades psicométricas adequadas (Damásio, Andrade & Koller, 2015). Foi obtida licença para aplicação do instrumento (Anexo F). O alfa de Cronbach não foi calculado para o presente estudo, visto o manual do instrumento desaconselhar essa medida de confiabilidade (Maruish, 2012).

Absenteísmo-doença: O absenteísmo-doença foi medido através da pergunta única “Nos últimos 12 meses, quantos dias você se ausentou do trabalho por motivo de saúde?”. Essa pergunta aparecia duas vezes ao longo do questionário. Em um primeiro momento, junto com os itens sobre características sociodemográficas, foi uma pergunta de resposta aberta, onde o participante escrevia o número de dias de ausência (valor quantitativo). Em um segundo momento, ao final do questionário, a mesma pergunta foi apresentada em um item de múltipla escolha ordinal, onde o participante deveria selecionar entre as opções: Nenhum dia de ausência; de 01 a 05 dias; de 06 a 15 dias; de 15 a 30 dias; até 90 dias; ou mais de 90 dias. Questões referentes ao motivo de ausência do local de trabalho por motivo de saúde, a licenças de saúde, à duração da licença, à relação com determinadas doenças, à utilização de estratégias para evitar licença-saúde e se a doença impacta atualmente na presença ao trabalho, também foram avaliados (Apêndice C).

Considerações éticas

O presente estudo seguiu as diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, para regulamentação ética em pesquisas com seres humanos. Esse estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE 27808619.6.0000.5334 – Anexo A). A participação foi anônima, e os dados, utilizados somente para análises estatísticas. As respostas individuais foram armazenadas pela plataforma de pesquisa online Survey Monkey® (<https://pt.surveymonkey.com/>), ficando disponíveis apenas para os pesquisadores. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) conteve informações sobre os objetivos do estudo, forma de coleta, riscos e benefícios e direito de evasão dos participantes a qualquer momento.

Análise de dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018) para *Windows*. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva através das distribuições absoluta e relativa (n - %), bem como pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartis). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

O absenteísmo-doença medido pela pergunta aberta contável, portanto variável discreta, foi definido como *Absenteísmo-doença I*, enquanto aquele medido por itens

fechados, portanto variável ordinal, foi chamado *Absenteísmo-doença II*. Para avaliação da qualidade da medida de absenteísmo-doença, foi calculado o coeficiente de concordância Kappa entre as variáveis Absenteísmo-doença I e Absenteísmo-doença II. Ao coeficiente, foi considerada a seguinte interpretação: *concordância quase perfeita*, quando os valores estão entre 0,81 e 1,00; *concordância substancial*, quando estão entre 0,61 e 0,80; *concordância moderada* entre 0,41 e 0,60; *concordância fraca ou pequena* entre 0,21 e 0,40; *concordância leve* entre 0,0 e 0,20 e, *nenhuma correlação* quando forem menores do que zero (0), indicando *ausência de acordo* (Sim & Wright, 2005).

Para a definição de um perfil de absenteísmo-doença no contexto estudado, foram realizadas comparações da variável em relação às características sociodemográficas e ocupacionais. Quando envolveu dois grupos, foi utilizado o teste *Mann Whitney U*, devido à distribuição assimétrica da variável Absenteísmo-doença. Para esse tipo de análise, foi utilizado o cálculo de tamanho de efeito r , que é o valor Z do teste dividido pelo número total de observações. O r varia de 0 a cerca de 1, sendo que 0,10 a 0,29 é considerado um tamanho de efeito pequeno; 0,30 a 0,50 médio; e maior que 0,5 alto (Mangiafico, 2016). Quando a comparação dos escores envolveu três ou mais grupos foi empregado o teste de *Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn*. Para este tipo de análise, os tamanhos de efeito foram calculados através do *epsilon-squared* (ϵ^2), onde valores entre 0,01 e 0,08 é considerado um tamanho de efeito pequeno; 0,08 e 0,26, médio; e igual ou maior que 0,26, alto (Tomczak & Tomczak, 2014).

Para identificar as variáveis de maior associação com o absenteísmo-doença foi empregado o modelo de regressão de *Poisson* com variância robusta, através de Estimativas de Equações Generalizadas (EEG). Conforme literatura, esta é uma técnica de regressão adequada para estimar razões de prevalência em estudos de corte transversal (Coutinho, Scazufca & Menezes, 2008). Além disso, ainda que o absenteísmo-doença tenha sido medido em um determinado ponto do tempo, ele diz respeito a uma contagem de desfecho referente aos últimos 12 meses, o que se entende ser condizente com a técnica de regressão de *Poisson* utilizada. Fizeram parte do modelo, como variáveis independentes, todas aquelas que apresentaram nível mínimo de significância inferior ou igual a 0,05 na análise bivariada, quando comparadas ao absenteísmo-doença.

Após, foram realizadas análises bivariadas entre variáveis categóricas a fim de avaliar diferenças entre servidores que se ausentaram por motivo de adoecimento físico ou mental. Para isso, foi utilizado o teste Qui-quadrado de *Pearson* (χ^2), onde nas tabelas de contingência 2x2 foi empregada a correção de continuidade de *Yates*. Nas situações onde as tabelas de

contingência apresentaram células com frequências esperadas, menores que 5, superiores a 20% foi utilizado o teste Exato de *Fisher* (simulação de Monte Carlo). Para este tipo de análise, os tamanhos de efeito foram calculados através do *V de Cramér*, usado quando se tem variáveis nominais, e interpretado como: 0,10 e 0,29 é considerado tamanho de efeito pequeno; médio entre 0,30 e 0,49; e grande acima de 0,50 (Espírito-Santo & Daniel, 2017).

Para todas as análises, considerou-se o nível de significância estatística de 0,05.

Nota sobre impacto da COVID-19: Parte da pesquisa ocorreu durante o início da pandemia por COVID-19, decretada pela Organização Mundial da Saúde em março de 2020. A fim de verificar se houve impacto nas respostas da amostra devido à pandemia, os dados foram comparados entre dois grupos: um antes das medidas de prevenção de contágio instituídas na universidade, isto é, de 28 de janeiro a 17 de março ($n = 726$); o segundo de 24 de março a 17 de abril ($n = 172$). Dada a desigualdade entre o tamanho dos grupos, foram analisadas diferenças das variáveis entre os dois grupos através de teste não-paramétrico Mann-Whitney para amostras independentes. Foram constatadas diferenças significativas entre os grupos nas variáveis Estilo de Vida ($p = 0,047$); Outros Poderosos ($p = 0,004$); nas dimensões Demanda ($p = 0,014$) e Relacionamentos ($p = 0,046$) da escala HSE-IT; e nas dimensões Dor Corporal ($p = 0,008$) e Vitalidade ($p = 0,021$) da escala SF-12v2. Foram calculados os tamanhos de efeito para essas diferenças, sendo que todos foram menores de $r = 0,1$ (r entre 0,1 e 0,3 é considerado um tamanho de efeito pequeno, ou seja, todos foram abaixo do considerado um tamanho de efeito pequeno). Sendo assim, optou-se por manter o segundo grupo na amostra.

RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra (N) de 898 profissionais com idades concentradas nas faixas de 30 a 39 anos, 30,5% ($n = 274$); de 50 a 59 anos, 26,8% ($n = 241$); e de 40 a 49 anos, 23,8% ($n = 214$). A Tabela 01 apresenta os dados descritivos, em termos absolutos e relativos da amostra.

Em relação ao sexo, predominaram as mulheres, 59,8% ($n = 537$) em comparação aos homens, 39,4% ($n = 354$). Ainda, foram observadas como respostas para gênero as condições de mulher transexual, homem transexual, gênero não-binário, outro ou não quero informar. Estes foram realocados nas classificações majoritárias conforme comportamento em relação às variáveis do estudo, resultando em 60,5% ($n = 543$) do gênero feminino e 39,5% ($n = 355$) do masculino. O único homem transexual foi realocado na categoria homem e demais apresentaram comportamentos em relação às variáveis semelhantes às mulheres. A grande maioria dos profissionais se declarou de cor branca, 89,4% ($n = 803$). O estado civil casado foi observado em aproximadamente metade da amostra, 53,1% ($n = 477$), seguido daqueles que se declararam solteiros, 33,9% ($n = 304$). Em relação ao nível de escolaridade, destacou-se a Pós-graduação *Stricto sensu*, representando 66,5% ($n = 597$) da amostra, sendo que 49,8% ($n = 477$) apresentaram doutorado completo, enquanto que 16,7% ($n = 150$) referiram mestrado completo.

Nas informações de cunho laboral, o tipo de cargo prevalente foi o técnico-administrativo, sendo 53,0% ($n = 476$) da amostra. Sobre o tempo de serviço na instituição, se destacaram os períodos de 3 a 9 anos, 31,3% ($n = 281$); e de 10 a 19 anos, 21,5% ($n = 193$). Os períodos de tempo mencionados também se destacaram para o tempo de serviço no cargo, com proporções de 31,7% ($n = 285$) e 21,75 ($n = 195$), respectivamente. No que se refere à função atualmente desempenhada, a maior parte dos casos eram de cargos subordinados, 76,3% ($n = 685$).

A Tabela 02 traz a descrição das médias (M) e desvios padrões (DP) para todas as variáveis contínuas. Entre as principais informações, destaca-se que, de modo geral, a amostra percebe-se com um estilo de vida considerado Muito Bom ($M = 72,92$), conforme classificação da literatura (Rodriguez-Añez et al., 2008). Observa-se que entre os participantes há uma predominância de um estilo de Locus de Controle da Saúde mais interno ($M = 22,29$), enquanto um LCS mais externo, tanto relacionado com o acaso ($M = 12,43$) quanto com outros poderosos ($M = 17,36$), se mostrou mais baixo. Entre as dimensões do *Health Safety Executive*, instrumento que avalia riscos psicossociais do trabalho, ressalta-se

como mais preocupante a Demanda, com valor mais baixo ($M = 2,58$), com destaque para os docentes, que perceberam um excesso de demanda maior. A dimensão Demanda refere-se a questões como carga de trabalho, padrões de trabalho e ambiente de trabalho, e valores baixos indicam que a pressão por alto desempenho e excesso de demandas são fatores de risco de estresse ocupacional. Por outro lado, a dimensão que traz o melhor indicador é Cargo ($M = 3,15$), que diz respeito se as pessoas entendem sua função dentro da organização e se a organização garante que elas não tenham funções conflitantes. Assim, pode-se dizer que a amostra, no geral, demonstra clareza do seu papel dentro da instituição. Por fim, em relação à autopercepção em saúde, destaca-se uma média mais baixa na autoavaliação de saúde mental ($M = 45,51$), o que pode ser indicativo de uma frequência maior de sofrimento psicológico entre os servidores, baixa energia e saúde geral precária, sendo um ponto de alerta. Alinhado a isso, observa-se uma média mais baixa em Papel Emocional, o que pode refletir problemas frequentes com o trabalho ou outras atividades como resultado de problemas emocionais ($M = 46,05$).

Tabela 01. Distribuição absoluta e relativa para as características sociodemográficas e ocupacionais.

Variáveis	Amostra (N=898) ^A	
	n	%
Gênero		
Mulher	537	59,8
Homem	354	39,4
Mulher transexual	1	0,1
Homem transexual	1	0,1
Gênero não-binário	1	0,1
Outro	1	0,1
Não quero informar	3	0,3
Idade (categorias)		
19 - 24 anos	7	0,8
25 - 29 anos	55	6,1
30 - 39 anos	274	30,5
40 - 49 anos	214	23,8
50 - 59 anos	241	26,8
60 - 64 anos	74	8,2
65 anos ou mais	33	3,7
Raça/cor		
Preto	36	4,0
Pardo	47	5,2
Branco	803	89,4
Amarelo	9	1,0
Indígena	3	0,3
Estado civil		
Solteiro(a)	304	33,9

Casado(a)	477	53,1
Separado(a)	38	4,2
Divorciado(a)	72	8,0
Viúvo(a)	7	0,8
Escolaridade		
Ensino Médio	20	2,2
Ensino Técnico	20	2,2
Ensino Superior	100	11,1
Pós-graduação Lato Sensu (Especialização completa)	161	17,9
Pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado completo)	150	16,7
Pós-graduação Stricto Sensu (Doutorado completo)	447	49,8
Tipo de cargo		
Docente	422	47,0
Técnico-Administrativo	476	53,0
Tempo de serviço na instituição		
Até 03 anos	185	20,6
De 03 a 09 anos	281	31,3
De 10 a 19 anos	193	21,5
De 20 a 29 anos	132	14,7
De 30 a 34 anos	51	5,7
35 anos ou mais	56	6,2
Tempo de Serviço no Cargo		
Até 03 anos	188	20,9
De 03 a 09 anos	285	31,7
De 10 a 19 anos	195	21,7
De 20 a 29 anos	133	14,8
De 30 a 34 anos	47	5,2
35 anos ou mais	50	5,6
Atualmente, desempenha função de chefia/gestor?		
Chefia	213	23,7
Subordinado	685	76,3

A Percentuais obtidos com base no total da amostra.

Tabela 02. Análise descritiva de tendência central dos resultados gerais e por cargo.

	Total (N=898)		Docentes (N=422)		TAEs (N=576)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Estilo de Vida	72,92	10,17	74,46	9,60	71,56	10,47
LCS Interno	22,29	3,44	22,29	3,32	22,29	3,54
LCS Acaso	12,43	3,71	12,58	3,78	12,30	3,65
LCS Outros Poderosos	17,36	4,27	17,79	4,23	16,98	4,28
Estresse Relacionado ao Trabalho	2,78	0,51	2,72	0,50	2,83	0,51
Demanda	2,58	0,65	2,37	0,65	2,78	0,58
Controle	2,81	0,59	2,86	0,55	2,77	0,62
Apoio da Chefia	2,61	0,69	2,61	0,68	2,62	0,69
Apoio dos Colegas	2,83	0,83	2,69	0,83	2,97	0,81
Relacionamentos	2,74	0,80	2,59	0,82	2,87	0,75
Cargo	3,15	0,64	3,28	0,56	3,05	0,69
Comunicação e Mudanças	2,85	0,72	2,90	0,68	2,81	0,75

Saúde Física	53,83	6,80	54,83	6,18	52,94	7,20
Saúde Mental	45,51	10,50	46,39	9,93	44,73	10,93
Funcionamento Físico	52,52	6,79	53,66	5,88	51,52	7,37
Papel Físico	50,81	7,84	51,30	7,94	50,37	7,73
Dor Corporal	50,48	8,72	51,72	8,03	49,39	9,17
Saúde Geral	53,57	6,85	54,41	6,79	52,83	6,82
Vitalidade	50,38	8,66	52,02	8,03	48,92	8,94
Funcionamento Social	47,52	9,50	48,61	9,18	46,54	9,70
Papel Emocional	46,05	10,38	46,47	10,18	45,68	10,56
Saúde Psicológica	47,08	9,06	48,06	8,71	46,22	9,29

Média (M). Desvio Padrão (DP). Técnico-administrativos (TAEs).

Nas informações relativas ao absenteísmo enquanto variável discreta (Absenteísmo-doença I), observou-se que o número de dias variou de zero até o máximo de 240 dias de afastamento. A mediana de afastamento foi de um dia, sendo que 75% da amostra apresentou 05 dias ou menos de afastamento (terceiro quartil). O absenteísmo também foi questionado junto aos profissionais através de uma classificação que enfocava períodos de afastamento (Absenteísmo-doença II). Sobre esta variável, os maiores números de casos destacaram que 43,2% (n = 388) relataram nenhuma ausência ao trabalho; e 31,7% (n = 285) informaram um período de ausência de um a cinco dias, conforme consta na Tabela 03.

Outras informações sobre absenteísmo-doença foram questionadas. Valem destacar que 84% (n = 748) não apresentaram licença para tratamento de saúde (LTS) nos últimos 12 meses; 7,5% (n = 67) se ausentaram por LTS entre 06 a 14 dias; e 8,5% (n = 76) relataram LTS de mais de 14 dias. Além disso, 21,7% (n = 193) afirmaram ter se ausentado do trabalho por motivo de doença sem falta justificada nos últimos 12 meses; e 26,2% (n = 179) consideraram que a doença que gerou a(s) ausência(s) ao trabalho ainda impacta o desempenho no trabalho.

Tabela 03. Medidas de tendência central e de variabilidade para os dias de absenteísmo-doença e distribuição absoluta e relativa para o absenteísmo-doença.

Absenteísmo-doença	Amostra (N = 898)	
	n	%
Absenteísmo (número de dias declarados)		
Média ± desvio padrão	6,7±17,6 (0 - 240)	
Mediana (1º-3º quartil)	1,0 (0,0 – 5,3)	
Absenteísmo (classificação) ^A		
Nenhum	388	43,2
De 01 a 05	285	31,7
De 06 a 15	123	13,7
De 16 a 30	64	7,1

Até 90 dias	30	3,3
Mais de 90 dias	8	0,9

A: Percentuais obtidos com base no total da amostra.

Acurácia da medida de absenteísmo-doença baseado em autorrelato

Quando as informações das variáveis Absenteísmo-doença I e Absenteísmo-doença II foram confrontadas, ocorreram alguns dados discrepantes. Conforme consta na Tabela 04, foi possível observar que: dos 388 profissionais que declararam zero dia de ausência ao trabalho nos últimos doze meses, 96,6% ($n = 375$) responderam na questão referente ao Absenteísmo-doença II que, de fato, não tiveram dias de absenteísmo; enquanto que outros 2,6% ($n = 10$) responderam na classificação como apresentando de um a cinco dias de absenteísmo; e 0,8% ($n = 3$) responderam a classificação com mais de cinco dias de absenteísmo, ou então não responderam.

Com base nas respostas das demais categorias da classificação absenteísmo (Absenteísmo-doença II), pode-se verificar que as divergências com as respostas da variável Absenteísmo-doença I foram mais expressivas para a classificação de 16 a 30 dias. Neste grupo, os dias de absenteísmo declarados fora do intervalo da classificação alcançaram 21,9% ($n = 14$). Nesta mesma situação, destacou-se a classificação de um a cinco dias apontada por 285 casos e, no entanto, 22,5% ($n = 64$) declararam número de dias de afastamento diferentes do respondido na primeira pergunta.

Tabela 4. Distribuição absoluta e relativa para os intervalos de dias de absenteísmo, segundo a classificação absenteísmo-doença.

Absenteísmo classificação ^A (Absenteísmo-doença II)	Dias declarados (Absenteísmo-doença I)	Amostra ($N = 898$)	
		n	% ^B
Nenhum [43,2% - $n = 388$]	0 (Nenhum)	375	96,6
	De 1 a 5	10	2,6
	De 10 a 20	2	0,5
	NR	1	0,3
De 01 a 05 [31,7% - $n = 285$]	0 (Nenhum)	51	17,9
	De 1 a 5	221	77,5
	De 6 a 15	11	3,9
	NR	2	0,7
De 06 a 15 [13,7% - $n = 123$]	Até 5	8	6,5
	De 6 a 15	107	87,0
	De 20 a 25	3	2,4
	NR	5	4,1
De 16 a 30 [7,1% - $n = 64$]	Até 15	11	17,2
	De 16 a 30	50	78,1
	De 31 a 40	2	3,1

	NR	1	1,6
Até 90 dias	Até 30	3	10,0
[3,3% - n = 30]	Mais de 30 a 90	27	90,0
Mais de 90 dias	Menos de 90	1	12,5
[0,9% - n = 8]	Mais de 90	7	87,5

A: Percentuais obtidos com base no total da amostra. B Percentuais obtidos com base no total de cada classificação do absenteísmo-doença II

Buscando-se identificar se tais discrepâncias diferiram de forma significativa entre as duas formas de se obter uma mesma informação, foi empregado o coeficiente de concordância *Kappa*. Para esta nova análise, a base de comparação foi o Absenteísmo-doença II, sendo que as respostas para o Absenteísmo-doença I foram agrupadas de forma a se mostrarem em respostas coincidentes ou respostas divergentes ao Absenteísmo-doença II. Na Figura 1, pode-se verificar que todos os coeficientes foram positivos e variaram de 0,671 (Classificação de um a cinco dias) a 0,934 (Classificação Nenhum dia), sendo todas acima do ponto de corte mínimo de 0,600. Desta forma, há evidências de que as discrepâncias observadas entre as duas medidas de absenteísmo-doença baseado em autorrelato não se mostraram representativas, nesta amostra. Considerando-se o exposto, optou-se por trabalhar com a variável Absenteísmo-doença I no restante das análises, visto ser uma variável discreta, o que se entende trazer mais robustez estatística para os dados.

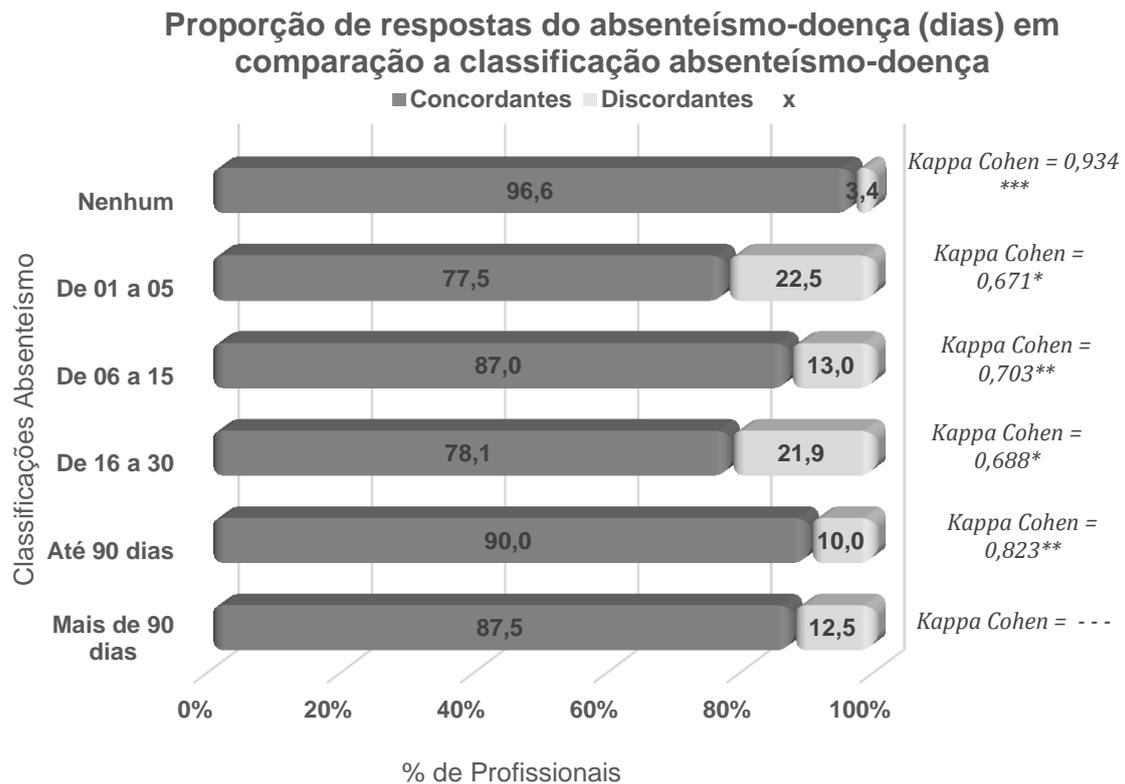


Figura 1. Distribuição relativa para as respostas concordantes e discordantes entre absenteísmo dias e absenteísmo classificação. * valores significativos $p < .05$; **valores muito significativos $p < .01$; *** valores altamente significativos $p < .001$.

Perfil da amostra relacionado ao absenteísmo-doença

O absenteísmo foi comparado às variáveis referentes ao perfil sociodemográfico e laboral, conforme Tabela 05. De acordo com os resultados obtidos, houve diferença estatisticamente significativa em relação ao gênero ($p < 0,001$), indicando que a mediana do número de dias de absenteísmo foi superior entre as mulheres [Mediana (1°-3° quartil): 2,0 (0,0 – 8,0)] quando comparada às estimativas dos homens [0,0 (0,0 – 3,0)].

A faixa etária mostrou-se representativa quanto a diferenças do número de dias de absenteísmo ($p = 0,039$), de forma que o número de dias faltantes foi significativamente superior nas idades de 30 – 39 anos [Mediana (1°-3° quartil): 2,0 (0,0 – 7,0)]; de 40 – 49 anos [Mediana (1°-3° quartil): 1,0 (0,0 – 6,0)]; e de 50 – 59 anos [Mediana (1°-3° quartil): 2,0 (0,0 – 5,0)].

O nível de escolaridade apontou para diferenças significativas quanto ao absenteísmo-doença ($p = 0,040$), onde os profissionais com escolaridade Pós-graduação Lato Sensu

[Mediana (1°-3° quartil): 3,0 (0,0 – 10,0)] e Stricto Sensu [Mediana (1°-3° quartil): 3,0 (0,0 – 12,0)] concentraram dias de ausência significativamente maiores, quando comparado aos demais níveis de escolaridade.

O tipo de cargo apontou que os profissionais técnico-administrativos [Mediana (1°-3° quartil): 3,0 (0,0 – 10,0)] apresentaram número de dias de absenteísmo significativamente mais elevados ($p < 0,001$), quando comparados aos docentes [Mediana (1°-3° quartil): 0,0 (0,0, - 2,0)].

A análise que envolveu o tempo de serviço na instituição e o absenteísmo indicou resultado estatisticamente significativo ($p < 0,001$), onde os profissionais com tempo de 10 a 19 anos [Mediana (1°-3° quartil): 2,0 (0,0 – 10,0)], de 03 a 09 [Mediana (1°-3° quartil): 2,0 (0,0 – 7,0)], assim como de 20 a 29 [Mediana (1°-3° quartil): 0,0 (0,0 – 5,8)] concentraram dias de ausência ao trabalho significativamente superiores às demais faixas de tempos de serviço.

Quando o absenteísmo foi comparado à raça/cor ($p = 0,886$), ao estado civil ($p = 0,072$), e ao desempenho de cargo de chefia ($p = 0,108$), não ocorreram diferenças estatisticamente significativas, indicando que o número de dias de ausência independe destas variáveis neste estudo.

Tabela 5. Média, mediana e desvio padrão para os dias de absenteísmo, segundo a caracterização do perfil sociodemográfico e laboral.

Variáveis	Absenteísmo-doença						Estatística de teste (p)	Tamanho de efeito
	N	Média	Desvio Padrão	Quartis				
				$Q1$	$Q2$ (mediana)	$Q3$		
Gênero								
Mulher	543	7,6	15,9	0,0	2,0	8,0	$Z_{MW} = -6,446$ ($p=0,001^{\#}$)	0,215*
Homem	355	5,3	19,8	0,0	0,0	3,0		
Idade (categorias)								0,079 [#]
19 - 24 anos	7	3,6b	4,3	0,0	1,0	9,0	$H_{KW} = 11,736$ ($p=0,039\%$)	
25 - 29 anos	55	4,1b	6,9	0,0	2,0	5,0		
30 - 39 anos	274	6,2	12,1	0,0	2,0	7,0		
40 - 49 anos	214	6,7	16,8	0,0	1,0	6,0		
50 - 59 anos	241	7,9a	23,1	0,0	2,0	5,0		
60 - 64 anos	74	6,3	19,8	0,0	0,0	3,0		
65 anos ou mais	33	7,5a	22,7	0,0	2,0	2,5		
Raça cor								
Preto	36	14,3	33,6	0,0	1,0	13,8	$H_{KW} = 1,152$ ($p=0,886\%$)	0,065 [#]
Pardo	47	5,1	10,1	0,0	0,0	6,0		
Branco	803	6,5	17,0	0,0	1,0	5,0		
Amarelo	9	2,9	3,3	0,0	2,0	5,0		
Indígena	3	4,0	5,3	0,0	2,0	10,0		
Estado civil							$H_{KW} = 8,586$ ($p=0,072\%$)	
Solteiro(a)	304	7,8	18,6	0,0	1,0	7,0		

Casado(a)	477	6,0	17,5	0,0	0,0	5,0		0,045 [#]
Separado(a)	38	6,4	16,3	0,0	0,0	3,0		
Divorciado(a)	72	5,5	11,1	0,0	1,0	5,0		
Viúvo(a)	7	20,0a	32,7	0,0	10,0	30,0		
Escolaridade								
Ensino Médio	20	3,5b	4,5	0,0	1,0	5,5		
Ensino Técnico	20	3,5b	7,0	0,0	0,5	4,5		
Ensino Superior	100	6,3ab	11,1	0,0	2,0	8,8		
Pós-graduação Lato Sensu (Especialização completa)	161	10,6a	23,7	0,0	3,0	10,0	H _{KW} = 10,055 (p=0,040§)	0,092 [#]
Pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado completo)	150	9,8a	18,9	0,8	3,0	12,0		
Pós-graduação Stricto Sensu (Doutorado completo)	447	4,6b	16,0	0,0	0,0	3,0		
Tipo de cargo								
Docente	422	4,0	15,9	0,0	0,0	2,0	Z _{MW} = -10,603 (p<0,001§)	0,353*
Técnico-Administrativo	476	9,0	18,6	0,0	3,0	10,0		
Tempo de serviço na instituição								
Até 03 anos	185	3,4b	8,3	0,0	0,0	3,0		
De 03 a 09 anos	281	6,0a	13,2	0,0	2,0	7,0		
De 10 a 19 anos	193	9,6a	20,0	0,0	2,0	10,0	H _{KW} = 32,295 (<0,001§)	0,058 [#]
De 20 a 29 anos	132	10,6	30,4	0,0	0,0	5,8		
De 30 a 34 anos	51	4,7b	13,6	0,0	0,0	4,0		
35 anos ou mais	56	3,5b	7,2	0,0	0,0	3,0		
Atualmente, desempenha função de chefia/gestor?								
Chefia	213	5,0	14,6	0,0	0,0	4,5	Z _{MW} = 2,583 (p=0,108¶)	0,086*
Subordinado	685	7,2	18,4	0,0	1,0	6,0		

§ Teste de Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn ; ¶ Teste de Mann Whitney U; *Cálculo r para Mann-Whitney; #Cálculo epsilon-squared para Kruskal-Wallis

Modelo para absenteísmo-doença em servidores públicos universitários

A hipótese exploratória inicial era que todas as variáveis avaliadas – Estilo de Vida, Locus de Controle de Saúde (LCS), Estresse Relacionado ao Trabalho (ERT), Saúde Física e Saúde Mental – iriam se associar ao absenteísmo-doença. Para identificar as variáveis de maior associação com o absenteísmo foi empregado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta por Estimativas de Equações Generalizadas (EEG). Foram definidas como variáveis independentes aquelas que apresentaram nível mínimo de significância inferior ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$) na análise bivariada, na comparação com o absenteísmo-doença.

Inicialmente, inseriram-se na análise as variáveis Estilo de Vida, LCS, ERT, Saúde Física, Saúde Mental, e mais as variáveis categóricas Gênero, Tipo de Cargo e Tempo de Serviço na Instituição, conforme análise de perfil prévia. O Estilo de Vida apresentou frágil relação com o absenteísmo, com comportamento oscilante (dependendo das variáveis testadas, o modelo o colocava como fator de proteção ou fator de risco, sempre com uma RP quase insignificante), e perdendo força de associação frente às demais variáveis explicativas. Também foram testados itens específicos do instrumento, conforme análise da literatura,

como obesidade, alimentação e atividade física, porém nenhum se mostrou significativo. Assim, optou-se por retirar Estilo de Vida do modelo.

De acordo com os resultados da análise multivariada, conforme consta na Tabela 06, a maior associação foi observada no Tempo de Serviço na Instituição, onde a probabilidade dos profissionais com tempo de 20 a 29 anos foi 3,610 [IC95% RP: 3,103 – 4,200] vezes maior de apresentarem mais dias de ausência, quando comparados aos casos com Tempo de Serviço de 35 anos ou mais. A segunda faixa de tempo de maior associação com o absenteísmo foi de 10 a 19 anos, que indicou 2,436 [IC95% RP: 2,097 – 2,829] vezes mais probabilidade de maior tempo de ausência ao trabalho por motivo de doença, quando comparados aos casos com Tempo de Serviço de 35 anos ou mais. Ainda, se mostraram associadas aos elevados dias de ausência, as faixas de tempo de serviço de 03 a 09 anos [RP: 1,544; IC95% RP: 1,329 – 1,796] e de 30 a 34 anos [RP: 1,562; IC95% RP: 1,292 – 1,888].

O tipo de cargo também se mostrou associado ao absenteísmo-doença, apontando que a probabilidade dos profissionais técnico-administrativos terem mais dias de ausência ao trabalho por motivo de doença é 2,156 [IC95% RP: 2,054 – 2,377] vezes maior, em comparação àqueles que têm cargo de docente.

Outros resultados de menor expressão, mas ainda assim significativos, indicaram que maiores dias de absenteísmo se mostraram relacionados ao sexo feminino, que apresentou 1,184 [IC 95% RP: 1,117 – 1,255] vezes mais probabilidade de ausência ao trabalho por motivo de doença, quando comparado ao sexo masculino.

A escala LCS se associou de forma menos expressiva, mas não menos significativa, sobre os elevados dias de absenteísmo-doença. Os resultados apontaram que escores mais elevados nas três subescalas LCS implicaram em maiores probabilidades de absenteísmo-doença na Internalidade [RP: 1,029; IC95% RP: 1,021 – 1,038], Outros poderosos [RP: 1,022; IC95% RP: 1,015 – 1,029] e Acaso [RP: 1,051; IC95% RP: 1,043 – 10,58]. A dimensão mais representativa foi Acaso, onde o acréscimo de uma unidade no escore desta dimensão implica em 5,1% de chance para mais dias de ausência.

Foram definidas pelo modelo como fator de proteção as subescalas de saúde, apontando que baixos escores na Saúde Física [RP: 0,952; IC95% RP: 0,949 – 0,955] e na Saúde Mental [RP: 0,980; IC95% RP: 0,977 – 0,982], isto é, pior avaliação de saúde, se associaram com mais dias de absenteísmo-doença.

A escala de Estresse Relacionado ao Trabalho também foi associada ao absenteísmo-doença [RP: 0,815; IC95% RP: 0,773 – 0,860], onde menores escores no instrumento utilizado (ou seja, maior índice de estresse) implicaram em maior probabilidade de ausência

ao trabalho por motivo de doença. Ou seja, a presença de estresse relacionado ao trabalho é um fator de risco para o absenteísmo-doença.

Tabela 06. Modelo de regressão de Poisson por EEG sobre o absenteísmo-doença.

Variáveis independentes	Coeficiente de regressão			Razões de Prevalência		
	B	Erro padrão	p	RP	IC 95% (RP)	
(Intercepto)	3,887	0,1719	0,000	48,771	34,819	68,312
Gênero						
FEMININO	0,169	0,0298	0,000	1,184	1,117	1,255
MASCULINO (Ref)				1	---	---
Tempo de serviço						
Até 03 anos	-0,050	0,0828	0,545	0,951	0,809	1,119
De 03 a 09 anos	0,435	0,0768	0,000	1,544	1,329	1,796
De 10 a 19 anos	0,890	0,0764	0,000	2,436	2,097	2,829
De 20 a 29 anos	1,284	0,0772	0,000	3,610	3,103	4,200
De 30 a 34 anos	0,446	0,0967	0,000	1,562	1,292	1,888
35 anos ou mais (Ref)				1	---	---
Tipo de cargo						
Docente				1	---	---
Técnico-administrativo (Ref)	0,903	0,0688	0,000	2,156	2,054	2,377
Escala LCS						
Internalidade	0,029	0,0040	0,000	1,029	1,021	1,038
Outros Poderosos	0,022	0,0034	0,000	1,022	1,015	1,029
Acaso	0,049	0,0038	0,000	1,051	1,043	1,058
Escala de saúde						
Física	-0,050	0,0017	0,000	0,952	0,949	0,955
Mental	-0,021	0,0014	0,000	0,980	0,977	0,982
Estresse Relacionado ao Trabalho	-0,204	0,0272	0,000	0,815	0,773	0,860

Variável Dependente: Absenteísmo-doença I. Modelo: (Intercepto), Gênero, Tempo de serviço, Tipo de Cargo, LCS Internalidade, LCS Outros Poderosos, LCS Acaso, Saúde Física (maior score, melhor saúde), Saúde Mental, Estresse Relacionado ao Trabalho (maior score, menor estresse). Ref: Variável de Referência.

O modelo está representado na Figura 2. Como o modelo é multidimensional (possui mais de três dimensões), representá-lo em uma figura é complexo. Por isso, optou-se por simplificar o modelo em função da intensidade de contribuição dos coeficientes B de cada variável associado às suas categorias. Tendo como base a teoria dos estimadores (Arango, 2009), foi calculada a média dos coeficientes de cada variável e feito a soma total dos coeficientes. A partir disso, dividiu-se cada média de cada variável pelo total geral e geraram-

se os percentuais de intensidade de contribuição da influência de cada variável independente sobre a variável dependente. Os resultados das subescalas de LCS e de saúde foram agrupados, a fim de melhor visualização, devido a suas pequenas intensidades. Na figura, as setas indicam a direção da relação das variáveis independentes com a variável dependente, direcionada para dentro se positiva, ou para fora se negativa; e o intercepto é o valor gerado pelo modelo a fim de ajustar as variáveis em função da contribuição das variáveis e do que não foi observado. Como se pode ver, o tipo de cargo é o que mais se associa positivamente com absenteísmo-doença no cenário estudado. Estresse e saúde aparecem negativos, pois maiores escores indicam melhores condições.

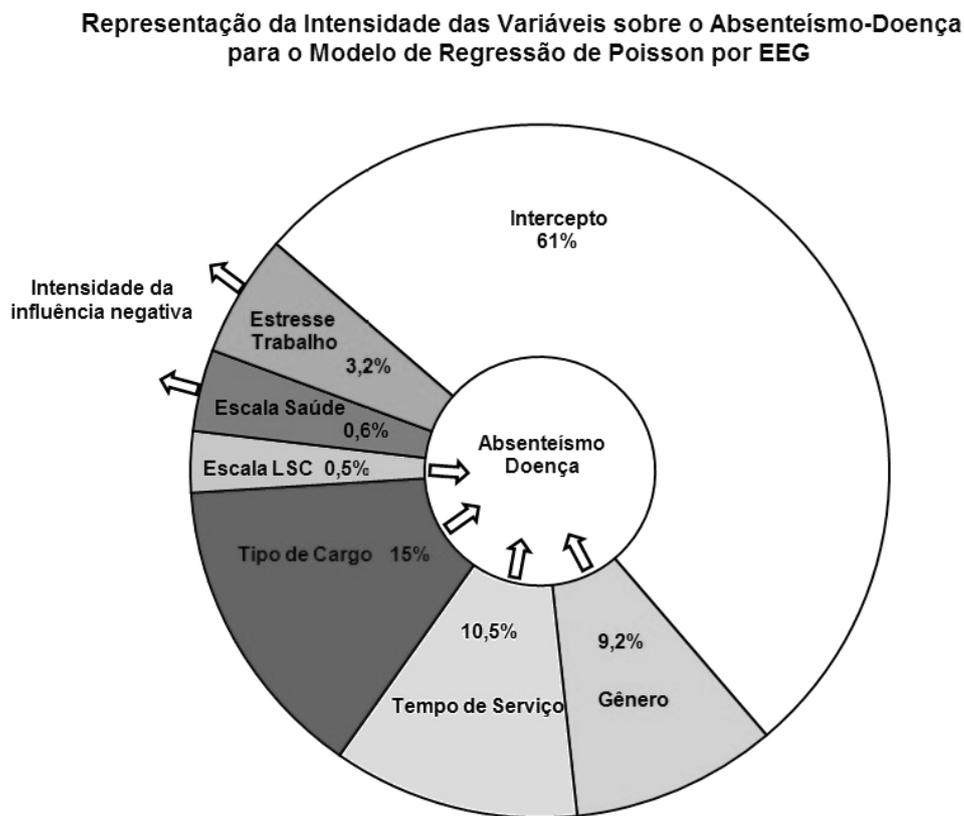


Figura 2. Representação da intensidade das variáveis sobre o absenteísmo-doença segundo modelo de regressão de *Poisson*

Perfis de adoecimento físico e adoecimento mental

Os servidores foram questionados sobre a doença que ocasionou sua ausência ao trabalho. Os resultados apontaram que: 83,4% (n = 749) da amostra não se ausentou do

trabalho por motivo de doença ou não especificou a doença que ocasionou a ausência; e 16,6% (n = 142) respondeu que sua ausência foi motivada principalmente por uma das seguintes doenças: Dorsalgia, Depressão, Tumor Benigno, Câncer, Reação grave ao estresse/Transtorno de adaptação, Outro transtorno mental ou Lesão por Esforço Repetitivo (LER/DORT). Destes 16,6%, 55,0% (n = 82) relataram doenças físicas (Dorsalgia, Tumor benigno, Câncer ou LER/DORT), sendo agrupados em uma categoria de “Adoecimento físico”; enquanto 45,0% (n = 67) relataram ausência motivada por transtornos mentais (Depressão, Reação grave ao estresse ou Outro transtorno mental), sendo agrupados na categoria “Adoecimento mental”.

Estas classificações de doenças que motivaram o absenteísmo foram comparadas às características sociodemográficas e laborais, conforme Tabela 07. Houve associação estatística significativa com a idade ($p < 0,001$), de forma que os profissionais com adoecimento mental mostraram-se associados às faixas de idade até 29 anos, 17,9% (n = 12); e de 30 – 39 anos, 35,8% (n = 24). Para o grupo classificado com adoecimento físico, as associações ocorreram com as faixas de idade de 50 – 59 anos, 41,5% (n = 34); e acima de 60 anos, 14,7% (n = 12).

O tipo de cargo associou-se significativamente ao tipo de adoecimento ($p = 0,029$), apontando que os casos com adoecimento mental mostraram-se relacionados aos técnico-administrativos, 74,6% (n = 50), enquanto que aqueles com adoecimento físico a associação ocorreu com os docentes, 43,9% (n = 36).

Outro resultado que se mostrou importante, em comparação ao tipo de doença, foi o tempo de serviço na instituição ($p = 0,008$), onde os profissionais com adoecimento mental mostraram-se significativamente associados aos tempos de até 03 anos, 22,4% (n = 15); e de 03 a 09 anos, 41,8% (n = 28). Já para o grupo classificado com adoecimento físico, as associações ocorreram com os períodos de 20 a 29 anos, 23,2% (n=19); e com os tempos acima de 30 anos, 13,4% (n = 11).

O absenteísmo-doença foi comparado ao tipo de adoecimento e o resultado apontou que o número de dias foi significativamente superior ($p = 0,034$) entre os profissionais com adoecimento mental [Mediana (1º-3º quartil): 10,0 (2,0 – 23,0)], em comparação àqueles que foram classificados com adoecimento físico [Mediana (1º-3º quartil): 5,0 (1,0 – 15,0)].

Quando o gênero e o desempenho da função de chefia foram comparados ao tipo de adoecimento, não se configuraram diferenças significativas neste estudo.

Tabela 07. Distribuição absoluta e relativa das características sociodemográficas e laborais segundo a classificação para o adoecimento físico ou mental.

Variáveis	Adoecimento (n = 149)				Estatística de teste (p)	Tamanho de efeito
	Adoecimento físico (n = 82)		Adoecimento mental (n = 67)			
	n	%	n	%		
Gênero						
Mulher	54	65,9	48	71,6	$\chi^2_{(1)Yates} = 0,335$ (p = 0,562)¥	0,06*
Homem	28	34,1	19	28,4		
Idade (categorias)						
19 - 24 anos	0	0,0	1	1,5	$\chi^2_{(1)EF} = 24,257$ (p < 0,001)£	0,40*
25 - 29 anos	1	1,2	11	16,4		
30 - 39 anos	19	23,2	24	35,8		
40 - 49 anos	16	19,5	15	22,4		
50 - 59 anos	34	41,5	13	19,4		
60 - 64 anos	8	9,8	3	4,5		
65 anos ou mais	4	4,9	0	0,0		
Tipo de cargo						
Docente	36	43,9	17	25,4	$\chi^2_{(1)Yates} = 4,475$ (p = 0,029)¥	0,19*
Técnico-Administrativo	46	56,1	50	74,6		
Tempo de serviço na instituição						
Até 03 anos	11	13,4	15	22,4	$\chi^2_{(1)EF} = 14,874$ (p = 0,008)£	0,31*
De 03 a 09 anos	24	29,3	28	41,8		
De 10 a 19 anos	17	20,7	17	25,4		
De 20 a 29 anos	19	23,2	3	4,5		
De 30 a 34 anos	6	7,3	2	3,0		
35 anos ou mais	5	6,1	2	3,0		
Atualmente, desempenha função de chefia/gestor?						
Chefia	20	24,4	14	20,9	$\chi^2_{(1)Yates} = 0,096$ (p = 0,757)¥	0,04*
Subordinado	62	75,6	53	79,1		
Absenteísmo						
Média ± desvio padrão	14,5 ± 31,9 (0 – 240)		17,5 ± 20,9 (0 – 100)		$Z_{MW} = -2,120$ (p = 0,034)¶	0,18 [#]
Mediana (1º-3º quartil)	5,0 (1,0 – 15,0)		10,0 (2,0 – 23,0)			

¥Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; £Teste Exato de Fisher (simulação de Monte Carlo); ¶Teste de Mann Whitney U (Z_{MW}); *Teste V de Cramér; [#]Cálculo r para Mann-Whitney.

DISCUSSÃO

Absenteísmo-doença é um indicador dos processos de saúde e de doença ocupacionais e que pode ser impactado por uma gama de fatores diferentes. Neste estudo, buscou-se analisar a associação de estilo de vida, lócus de controle da saúde, estresse relacionado ao trabalho e autopercepção de saúde física e mental com este fenômeno em um contexto público universitário. Ademais, avaliaram-se as características de servidores que adoeceram, contribuindo com a literatura sobre este cenário estudado.

Absenteísmo-doença autorrelatado é uma medida adequada?

A medida de autorrelato de absenteísmo-doença é controversa na literatura e tem havido resultados mistos quanto a indicação de seu uso, visto que seu fim é ser uma medida objetiva, porém impactada por fatores como esquecimento, distorções, tendenciosidade, etc. Por exemplo, Jenkins (2014) comparou o absenteísmo-doença autorrelatado com dados administrativos, demonstrando que as duas formas funcionaram de maneira semelhante, sugerindo que a primeira pode ser uma medida razoável de ser utilizada quando outras medidas são mais difíceis. Já, em um estudo dinamarquês, foi demonstrado que ausências por doença autorreferidas tornaram-se mais imprecisas quando o número de dias de ausência aumentou, mas a sensibilidade e a especificidade foram aceitáveis para durações não superiores a uma semana. (Stapelfeldt, Jensen, Andersen, Fleten, & Nielsen, 2012). E, ainda que a medida demonstre confiabilidade teste-reteste em alguns estudos, a literatura faz críticas a essa medida, pela tendência à subnotificação (Johns & Miraglia, 2015) e pelos cálculos tradicionais de absenteísmo não refletirem as práticas de trabalho contemporâneos de grande parte da classe trabalhadora (Hilton, Sheridan, Cleary, & Whiteford, 2009).

No presente estudo, objetivou-se contribuir com a discussão sobre a medida de absenteísmo-doença autorrelatado. O absenteísmo-doença nos últimos 12 meses foi questionado de maneira idêntica, em dois momentos do questionário, um com campo de resposta aberto, e outro em categorias de dias. Houve discordâncias entre as respostas, ainda assim o nível de concordância analisado demonstrou que as discrepâncias não foram significativas, o que reforça a medida de absenteísmo-doença autorrelatado como adequada para ser utilizada em estudos. Ressalta-se, ainda, que os dois períodos de tempo de ausência com mais respostas discordantes foram de 01 a 05 dias e de 16 a 15 dias de ausência, e apesar de os níveis de concordância serem adequados, são pontos de alerta para serem analisados com mais atenção em futuros estudos.

Um modelo para o absenteísmo-doença no serviço público universitário

As investigações sobre absenteísmo-doença permeiam diversas disciplinas e problemas de pesquisa, e a literatura frequentemente tem trazido diferentes modelos explicativos para as causas desse fenômeno. Por exemplo, em um modelo preditivo para ausência ao trabalho por motivo de doença entre funcionários de um hospital, doenças osteomusculares e obesidade foram as variáveis que previram o absenteísmo nestes trabalhadores (Almodóvar-Carretón et al., 2017). Ainda no meio hospitalar, um estudo apontou que gênero e diabetes consistiam em preditores para um modelo explicativo de ausência ao trabalho por motivo de doença, porém não houve associação com obesidade (Castillo Rascón et al., 2016). Já em uma investigação com trabalhadores brasileiros da indústria de petróleo, sexo feminino, tabagismo, insatisfação com o trabalho e distúrbios do sono se mostraram bons preditores para um modelo de absenteísmo-doença (Oenning et al., 2014). Outro estudo com servidores estaduais de Santa Catarina demonstrou que baixo suporte dos colegas aumentava em 2,04 a chance de se ausentar do trabalho por motivo de doença e que trabalho de baixa exigência aumentava em 2,68 vezes a chance de absenteísmo-doença (Santos, Kupek, Cunha, & Blank, 2011).

Apesar desses modelos prognósticos, a investigação de preditores adicionais é necessária para uma maior compreensão do fenômeno, principalmente no contexto do serviço público universitário. O presente estudo contribui nesse sentido, pois diferentes variáveis estiveram associadas ao absenteísmo-doença, o que reforça a complexidade da predição deste fenômeno entre servidores públicos universitários. Neste cenário, a ausência ao trabalho por motivo de doença se relaciona a aspectos diversos, que incluem a autopercepção em saúde física e mental, um ambiente de trabalho estressante e características e crenças individuais. Maior probabilidade de relatar absenteísmo-doença foi observada em servidores em meio de carreira na instituição, entre mulheres e entre àqueles com pior percepção de saúde física, de saúde mental e de estresse relacionado ao trabalho. Comparados aos docentes, os técnico-administrativos tiveram maior probabilidade de se ausentar do trabalho por motivo de doença. Maior probabilidade de absenteísmo-doença também foi observado entre àqueles com algum locus de controle da saúde mais elevado, principalmente no tipo Externo – Acaso.

Em relação ao tempo de serviço na instituição, a categoria de até três anos não se mostrou significativa para entrar no modelo, sugerindo que este tempo na instituição, isto é, o período de estágio probatório, não é um fator de risco para o absenteísmo-doença. Períodos de tempo de serviço maiores demonstraram uma crescente chance de ausência por motivo de doença. Isso corrobora com outros estudos, onde se mostrou que as taxas de absenteísmo

durante o estágio probatório são baixas, porém após o alcance da estabilidade no serviço público as taxas de absenteísmo tendem a aumentar (Mendes, 2019). Comparado aos servidores com 35 anos ou mais de serviço, percebe-se um crescente risco de absenteísmo-doença até se atingir os 30 anos de carreira, quando há uma queda na probabilidade de os servidores se ausentarem. Pode-se sugerir, a partir disso, que, a partir dos três anos de serviço na instituição, a probabilidade de se ausentar por motivo de doença começa a crescer, o que pode ocorrer talvez por uma tendência a doenças crônicas ao longo do tempo. Além disso, os servidores que se mantêm ativos no serviço público após atingir o tempo de aposentadoria tendem a apresentar menos risco de absenteísmo-doença, sugerindo que apenas aqueles com condições saudáveis continuam trabalhando.

Em relação ao tipo de cargo, os resultados apontam que técnico-administrativos apresentaram 2,15 vezes mais probabilidade de se ausentarem por motivo de doença quando comparados aos docentes. Isso pode se configurar como uma população de risco de maior absenteísmo-doença, o que corrobora com resultados de outros estudos semelhantes. Por exemplo, uma pesquisa com servidores federais de uma universidade de Minas Gerais demonstrou que as taxas de ausência por motivo de doença entre técnico-administrativos são maiores quando comparadas aos docentes, tanto em frequência quanto em gravidade (Pinto, 2019). Outra investigação na mesma instituição do presente estudo também apontou que técnico-administrativos se ausentaram 2,5 mais do que os docentes no ano de 2015, sugerindo um possível mal-estar no trabalho nesta categoria (Marques, 2017).

Ressalta-se que, no presente estudo, o absenteísmo-doença foi medido por autorrelato. Na instituição analisada, existe uma diferença no controle da frequência entre as duas categorias, que precisa ser destacada: os técnico-administrativos fazem o registro da frequência através de ponto eletrônico, enquanto os docentes não. Portanto, o resultado pode estar enviesado por uma tendência à subnotificação por parte dos docentes (por esquecimento e menor controle das ausências, por exemplo), e não necessariamente um menor adoecimento no trabalho. Esse resultado pode estar refletindo, ainda, que os docentes possuem uma maior flexibilidade no planejamento de suas atividades, tornando mais confusa a própria percepção de ausência ao trabalho por períodos curtos. Esta questão precisa ser aprofundada em estudos futuros para um melhor esclarecimento.

Os resultados também apontam que mulheres se ausentam mais que homens por motivo de doença. Isso vem ao encontro do que tem sido trazido pela literatura. Por exemplo, sexo feminino já foi apontado como um preditor para um modelo de absenteísmo-doença na indústria de petróleo brasileira (Oenning et al., 2014). Uma das explicações pode ser um

maior adoecimento no trabalho. De fato, em um estudo recente na mesma instituição estudada, se apontou que mulheres, quando comparadas aos homens, tiveram médias mais altas em danos psicológicos, sociais e físicos decorrentes do trabalho, com especial atenção aos danos físicos (Basso, 2020).

A literatura também tem apontado outras causas para essa diferença entre gêneros. Por exemplo, devido a ambientes de trabalho com um gênero dominante, e ainda, no nível social, a ausência feminina pode ser vista como menos desviante e mais justificável, devido aos estereótipos de gênero que retratam as mulheres como mais delicadas na saúde, mais vulneráveis ao estresse e duplamente estressadas pelos conflitos trabalho-família (Miraglia & Johns, 2020). Ademais, o trabalho doméstico muitas vezes invisibilizado, associado ao trabalho remunerado, ampliam as jornadas de trabalho das mulheres, consequentemente ampliando o desgaste físico e mental e tornando-as mais vulneráveis ao adoecimento (Pinho & Araújo, 2012). Somado a isso, outra explicação plausível pode ser que mulheres fazem um acompanhamento médico mais contínuo que homens, se ausentando mais do trabalho para exames periódicos e preventivos.

Especial atenção se dá aos resultados do Locus de Controle da Saúde (LCS). A literatura tem sugerido a relação de crenças de controle com o tempo de ausência ao trabalho por motivo de saúde, porém há evidências dos impactos heterogêneos dessas crenças sobre o desfecho do absenteísmo-doença entre diferentes trabalhadores (Pons Rotger & Rosholm, 2020). O presente estudo contribui com a discussão da literatura ao demonstrar que os três subtipos de LCS – Interno, Acaso e Outros poderosos – estão associados com mais dias de ausência ao trabalho por motivo de doença. Isso pode significar que qualquer das condições, em sua forma extrema, resulta em fator de risco para o indivíduo se ausentar mais tempo, reforçando a necessidade de um equilíbrio entre os três tipos de LCS. Por outro lado, o resultado também pode significar que o LCS impacta de forma heterogênea entre os servidores, dependendo de outras características contextuais e de personalidade não avaliadas no estudo. Ainda assim, destaca-se que, entre os três tipos de LCS, o que apresentou maior associação foi o LCS Externo-Acaso. Isso apoia estudo citado anteriormente, que apontou a associação do locus de controle externo com maiores dias de ausência em trabalhadores tanto saudáveis quanto com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade (Vlasveld et al., 2013).

Em relação à autopercepção em Saúde Física e Mental, o instrumento utilizado para medir esses componentes oferece escores de 0 a 100, sendo que quanto maior o escore, melhor a autopercepção em saúde. A partir do modelo, observa-se que quanto menores os escores no instrumento, maior a probabilidade de o servidor apresentar absenteísmo-doença.

Ou seja, uma pior autopercepção em Saúde Física e Saúde Mental aumentam as chances de mais dias de ausência ao trabalho por motivo de doença. Isso corrobora com a literatura, pois outros estudos já apontaram a associação da autoavaliação em saúde com o absenteísmo-doença (Eriksson et al., 2008; Ferreira et al., 2012; Jenkins, 2014). O resultado reforça essa associação também no contexto brasileiro de serviço público universitário e, em termos institucionais, contribui ao apresentar um instrumento autoadministrado que pode servir para identificar trabalhadores em risco de absenteísmo-doença prolongado.

Os resultados apontam ainda que há maior probabilidade de mais dias de ausência ao trabalho quanto pior for a percepção de Estresse Relacionado ao Trabalho. Estudos anteriores já destacaram a associação de riscos psicossociais relacionados ao estresse com ausência do trabalho por motivo de doença (Aagestad et al., 2014; Leineweber et al., 2020), e o estresse ocupacional já foi indicado como fator de risco tanto entre docentes universitários, como entre técnico-administrativos (Lopes & Silva, 2018; Fernandes et al., 2019; Campos et al., 2020). Ressalta-se, portanto, a importância de levar em consideração a exposição ao estresse relacionado ao trabalho como fator de risco ao absenteísmo-doença, bem como do desenvolvimento de ações voltadas à mitigação do estresse ocupacional no contexto do serviço público universitário.

Por fim, o Estilo de Vida foi retirado do modelo por ter apresentado comportamento fraco e oscilante nas análises. Considera-se, portanto, que o Estilo de Vida, saudável ou não, não está associado com absenteísmo-doença, contrariando a hipótese exploratória inicial. A literatura, no geral, vem abordando a relação de alguns hábitos de vida com ausência ao trabalho por motivo de doença, porém falta consenso. Por exemplo, tabagismo, uso de álcool, atividade física e obesidade já foram associados ao absenteísmo-doença (Fitzgerald et al., 2016; Hallman et al., 2019; Kaila-Kangas et al., 2018), porém as mesmas variáveis não mostram resultados significativos ou consistentes em outros estudos (Andrade, Ferrari, et al., 2017; Rabacow et al., 2014; van den Berg, Burdorf, & Robroek, 2017). Parece que fatores de estilo de vida se associam à ausência por motivo de doença de diferentes formas dependendo da patologia, porém ainda é difícil determinar a natureza dessas associações (Virtanen et al., 2018). No presente estudo, optou-se por avaliar a percepção geral do Estilo de Vida, diferente de outras investigações. O resultado sugere, portanto, que a percepção de um estilo de vida saudável, ou não, não se relaciona com o número de dias de ausência ao trabalho por motivo de doença nesta população. Assim como nos demais estudos, o resultado pode estar influenciado pelo tipo de medida utilizada, mas também pode significar que a percepção de

Estilo de Vida impacta de forma heterogênea em diferentes segmentos da população, a depender de outros aspectos não avaliados neste estudo.

Diferenças no tipo de adoecimento físico e mental

A comparação realizada entre os grupos que se ausentaram principalmente por adoecimento físico ou por adoecimento mental denota perfis diferentes para cada uma das categorias de absenteísmo-doença. Os resultados não apenas contribuem com a literatura na compreensão deste fenômeno no contexto do serviço público universitário, como pode servir para direcionar ações preventivas institucionais de acordo com cada perfil.

As diferenças encontradas entre idade e tempo de serviço na instituição destacam que servidores jovens apresentam mais risco de se ausentar do trabalho por motivo de transtorno mental, enquanto que pessoas acima de 50 anos têm mais risco de absenteísmo-doença em virtude de complicações físicas. Isso pode estar relacionado com o aumento de doenças orgânicas crônicas com o avançar da idade, ou apontar uma tendência de maior adoecimento mental nas gerações de trabalhadores mais jovens, porém uma análise histórica é necessária para esclarecer essa questão. Em acréscimo, os resultados reforçam que o absenteísmo-doença motivado por transtornos mentais tende a ser mais grave, no sentido de ser significativamente mais prolongado, visto que quanto mais dias de ausência, maiores os prejuízos para o indivíduo, para os colegas e para a organização (Pacico & Santos, 2020).

Especial atenção se dá às diferenças encontradas no tipo de adoecimento entre os cargos. Uma revisão de literatura apontou a prevalência de adoecimento por patologias psicossomáticas e psíquicas, seguido de patologias físicas, entre docentes universitários de instituições públicas brasileiras (Oliveira et al., 2017). Os resultados do presente estudo, entretanto, representam que o absenteísmo-doença, entre os docentes, é mais motivado por adoecimento físico. Além disso, proporcionalmente, os técnico-administrativos apresentam mais riscos de se ausentar do trabalho por motivo de adoecimento mental quando comparados aos docentes. A alta prevalência de transtornos mentais entre técnico-administrativos foi documentada recentemente em outra universidade pública, corroborando com este resultado (Mota, Silva & Amorim, 2020).

Ressalta-se, novamente, a diferença de controle de frequências entre os cargos, o que pode ser um fator de enviesamento para este resultado, afinal o estigma social do adoecimento mental pode contribuir para a subnotificação. Porém, além disso, é ponto crucial para a compreensão desse resultado, a diferença de idade que essas duas categorias profissionais tendem a ingressar no serviço público. Para o cargo de docência, o mais comum é o ingresso a

partir dos 30 anos, enquanto os técnicos podem ingressar desde os 18 anos. Assim, esse resultado pode estar reforçando a tendência de servidores jovens se ausentarem mais por adoecimento mental, e não tanto uma diferença real entre os cargos, como sugere os tamanhos de efeito. Estes resultados trazem luz para um segmento da população com maior probabilidade de adoecimento mental e intervenções mais específicas podem ser desenvolvidas a partir disso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltam-se algumas limitações desta investigação. Por se tratar de estudo transversal em um limitado período de tempo, não se pode depreender os efeitos a longo prazo das variáveis analisadas sobre o absenteísmo-doença. Reforça-se que características do estudo podem ser fonte de enviesamento, como o uso apenas de medidas de autorrelato, que podem não ser completamente suficientes, e a amostra por conveniência. Além disso, conhecem-se as limitações do uso exclusivo de instrumentos quantitativos para avaliação da saúde ocupacional e a necessidade, para isso, de uma perspectiva ampliada e integral da saúde do trabalhador e dos fatores envolvidos no seu adoecimento (Pereira, Souza, Lucca & Iguti, 2020).

Pese tais limitações, o presente estudo contribui com a literatura ao indicar fatores associados ao absenteísmo-doença em um contexto de serviço público universitário brasileiro. Ademais, os resultados sobre perfil de adoecimento e absenteísmo-doença podem direcionar ações institucionais sobre saúde ocupacional neste contexto. Não se pode deixar de acrescentar, ainda, uma reflexão sobre a pandemia por COVID-19 e trabalho remoto. O conceito de absenteísmo-doença foi estabelecido a partir de um modelo de trabalho presencial e deve-se questionar como abordá-lo a partir do cenário atual. Considera-se que, ao contrário de ter a adequação dos resultados reduzida pelo contexto pandêmico, o presente estudo joga luz sobre um problema que corre o risco de ser invisibilizado e obscurecido pelas transformações disruptivas do modelo de trabalho presencial para o virtual e em ambiente doméstico. A detecção do absenteísmo-doença nos novos modelos de trabalho se torna mais complexa, seja pela organização, seja pelo próprio trabalhador (afinal, não há como se ausentar da própria casa), porém não deixa de ser uma problemática chave para a compreensão do adoecimento no trabalho. Portanto, o presente estudo, além de indicar fatores associados ao fenômeno, reforça a importância de considerar esse problema no escopo da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO III – TRAÇANDO UM MODELO EXPLICATIVO PARA UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL EM SERVIDORES PÚBLICOS UNIVERSITÁRIOS

RESUMO

O estilo de vida é um construto complexo, multifatorial, com diversos componentes, impactado por inúmeras variáveis individuais, ambientais e sociais. Dentro do âmbito da saúde ocupacional, é necessário compreender quais aspectos influenciam a adoção de um estilo de vida saudável, a fim de orientar ações de promoção de saúde dentro dos locais de trabalho e direcionar políticas de saúde do trabalhador. O objetivo deste estudo foi investigar fatores que explicam a adoção de um perfil de estilo de vida saudável entre servidores públicos de uma instituição federal de ensino superior. Estresse relacionado ao trabalho, locus de controle da saúde e autopercepção de saúde física e mental foram avaliados quanto a associação com o estilo de vida. Trata-se de um estudo de corte transversal por meio de questionário online, de amostra não-probabilística. Participaram deste estudo 898 servidores da universidade estudada, sendo que 59,5% eram mulheres e 53,2% eram técnico-administrativos. Cinco instrumentos foram utilizados: um questionário com características sociodemográficas e laborais; a escala *FANTASTIC Lifestyle*, para avaliação do estilo de vida; a escala *Multidimensional Health Locus of Control Scale*, que avalia locus de controle da saúde; o *Health Safety Executive*, para avaliação dos riscos psicossociais do trabalho; e o *Short-Form 12v2*, para avaliação da saúde física e mental. A amostra foi dividida entre aqueles que apresentaram Perfil Saudável e Perfil de Risco em estilo de vida. Para identificar as variáveis com maior associação com o Perfil Saudável de estilo de vida foi empregado o modelo de Regressão Logística Múltipla Binária. Os resultados apontam que estão associados a um Perfil Saudável de estilo de vida o estresse relacionado ao trabalho, as dimensões Acaso e Outros Poderosos do locus de controle da saúde, a autopercepção em saúde física e mental, e a escolaridade. Implicações dos resultados para o campo da saúde ocupacional são discutidos.

ABSTRACT

Lifestyle is a complex, multifactorial construct, with several components, impacted by countless individual, environmental and social variables. Within the scope of occupational health, it is necessary to understand which aspects influence the adoption of a healthy lifestyle, in order to guide health promotion actions within the workplace and to direct worker health policies. The aim of this study was to investigate factors that explain the adoption of a healthy lifestyle profile among workers of a federal institution of higher education. Work-related stress, health locus of control, and self-rated physical and mental health were assessed in relation with lifestyle. This is a cross-sectional study, using an online questionnaire, with a non-probabilistic sample. The participants consisted of 898 workers from the university studied, of which 59.5% were women and 53.2% were technical-administrative. The following five instruments were used: a questionnaire with sociodemographic and work characteristics; the FANTASTIC Lifestyle scale, which assesses lifestyle; the Multidimensional Health Locus of Control scale; the Health Safety Executive, which assesses psychosocial risks at work; and the Short-Form 12v2, which evaluates physical and mental health. The sample was divided between those who had a Healthy Profile and a Risk Profile in lifestyle. In order to identify the variables with the greatest impact to explain the Healthy Lifestyle Profile, the Binary Multiple Logistic Regression model was used. The results indicate that work-related stress, the Chance and Other Powerful dimensions of the health locus of control, the self-rate in physical and mental health, and schooling serve to explain a Healthy Lifestyle Profile. Implications of the results for the occupational health field are discussed.

INTRODUÇÃO

Estilo de vida pode ser definido como “padrões identificáveis de comportamento determinados pela interação entre as características pessoais do indivíduo, interações sociais e condições socioeconômicas e ambientais, sendo continuamente interpretados e testados em diferentes situações sociais e, portanto, não são fixos, mas sujeitos a mudanças” (OMS, 1998). Envolve dimensões sobre nutrição, sono, atividade física, saúde psicológica, lazer, apoio social, entre outros, e por isso pode influenciar e afetar tanto a saúde individual quanto coletiva. O estilo de vida tem sido cada vez mais implicado como fator de risco, ou inversamente como de proteção, para uma ampla gama de condições de saúde, e interage fortemente com o contexto social: a dieta, por exemplo, depende em certa medida da escolha, mas também do que está disponível e acessível; o estresse crônico depende das características individuais, mas também das demandas de tarefas e dos recursos disponíveis (Bolton & Gillett, 2019). De fato, esse é um construto que serve de exemplo para compreender a perspectiva integrativa para um modelo biopsicossocial da saúde.

Por exemplo, prejuízos na qualidade do sono, uma das dimensões do estilo de vida, pode afetar a saúde ocupacional do trabalhador, na medida em que aumenta a probabilidade de acidentes e resulta em danos a funções cognitivas; ao mesmo tempo, mudanças organizacionais, violência no trabalho e isolamento social no ambiente laboral, por exemplo, podem levar a distúrbios do sono (Magnavita & Garbarino, 2017). No mesmo sentido, pode-se citar a prática de atividade física. Se por um lado o estilo de vida ativo é capaz de promover impacto positivo sobre o estresse percebido entre docentes, por exemplo (Santos, Fagundes, & Zaffalon, 2019), por outro trabalho noturno, em turno ininterrupto e ser inativo no trabalho podem ser potenciais fatores de risco para desfechos de peso e adiposidade (Cabral, 2019).

Historicamente, um estilo de vida saudável tem sido determinado pela soma de alguns hábitos de vida considerados adequados, como a quantidade de horas de sono, peso desejável, não-tabagismo, baixo consumo de álcool, alimentação, prática de atividade física, entre outros, e tais fatores têm sido associados ao estado de saúde, à expectativa de vida e a menores chances de doenças crônicas (Byrne et al., 2016; Nyberg et al., 2020; Portes, 2018). De forma geral, parece consagrado que tais comportamentos compõem um estilo de vida saudável e que este é um dos principais determinantes de saúde da população. Porém, além de compreender os componentes que o envolvem, é necessário esclarecer quais aspectos

influenciam a escolha por um estilo de vida saudável, o que pode ser muito impactado dependendo do contexto.

No presente estudo, foi avaliado o estilo de vida de servidores públicos no cenário de uma instituição federal de ensino universitário. Tem sido apontado que, entre docentes, o sobrepeso e o sedentarismo são importantes fatores de risco presentes (Dias et al., 2017). Fiorezi (2013) também apontou maior prevalência de atividade física irregular/sedentário, sobrepeso/obesidade e consumo de bebida alcoólica entre docentes de uma universidade federal, enquanto que os técnico-administrativos apresentaram maior frequência de alimentação não saudável, tabagismo e uso de substâncias ilícitas. Destaca-se que tais hábitos de vida são considerados passíveis de mudança e, portanto, essenciais de serem avaliados. Ademais, alguns fatores podem contribuir para explicar um estilo de vida saudável ou não nesta população.

Um desses fatores pode ser o estresse relacionado ao trabalho. No contexto do serviço público universitário, as transformações do trabalho nas últimas décadas repercutiram em desafios relacionados à intensificação e complexificação do trabalho, à instabilidade de alguns direitos, a condições ambientais incompatíveis com os princípios de excelência na prestação de serviços e à fragilização dos coletivos de trabalho (Souza, 2012). Essas características podem ser fonte de estresse ocupacional, que imprime efeitos sobre os estilos de vida e a saúde dos indivíduos. Por exemplo, segundo uma revisão sistemática, o estresse relacionado ao trabalho parece ter uma associação positiva com obesidade e alterações do comportamento alimentar (Santana-Cárdenas, 2016). O estresse laboral também foi associado com inatividade física (Griep et al., 2015), com compulsão alimentar (Pena Gralle et al., 2017) e com episódios de enxaqueca (Santos, Griep, et al., 2014) em servidores públicos brasileiros. Além disso, já se apontou que fatores psicossociais adversos do trabalho estão associados a impactos negativos na qualidade de sono entre professores universitários, principalmente entre aqueles que não praticam atividade física (Freitas, Araújo & Fischer, 2020). Assim, a influência do estresse relacionado ao trabalho no estilo de vida saudável precisa ser melhor investigada.

Outro aspecto que parece ser importante para a escolha de um estilo de vida saudável é o Locus de Controle da Saúde (LCS), construto entendido como a percepção das pessoas de quem ou o que detém o controle sobre sua saúde. Ele se manifesta como uma tendência a perceber os eventos da vida controlados pelo indivíduo, nesse caso um locus de controle interno, ou controlado por outros fatores externos à pessoa, como a sorte (LCS Acaso) ou por outras pessoas (LCS Outros Poderosos). O LCS Acaso foi apontado como fator de risco para

adoção de comportamentos saudáveis, se associando com inatividade física, menor cuidado dentário e menor busca de informações sobre saúde (Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011). Parece também que as pessoas com lócus de controle mais interno ou mais externo reagem e lidam de forma heterogênea com aspectos do seu mundo de trabalho. Por exemplo, Rongen et al. (2014) sugerem que um alto LCS interno pode ser considerado como uma característica pessoal positivamente relacionada à adoção de comportamentos saudáveis e de atividades relacionadas à saúde. Além disso, os autores sugerem que trabalhadores com alto LCS interno apresentavam comportamentos mais saudáveis e estavam mais inclinados a participar de ações de promoção de saúde no local de trabalho. Assim, avaliar a relação do LCS com o estilo de vida saudável entre servidores em contexto universitário pode ser uma medida relevante para se entender a influência na escolha por hábitos de saúde.

É claro que não apenas a percepção de controle sobre a saúde pode impactar a adoção de um estilo de vida saudável, outros fatores também podem estar envolvidos, como a autoavaliação de saúde física e mental. A autopercepção de saúde é usada como um indicador de saúde, sendo apontado inclusive como preditor de morbimortalidade (Jylhä, 2009), e uma pior autoavaliação em saúde já foi associado com um perfil de risco do estilo de vida (Pereira, Gonzaga & Lyra, 2019). Ademais, parece ser um fator associado longitudinalmente com comportamentos de saúde, como prática de atividade física e consumo de frutas e hortaliças (Andrade, Loch & Silva, 2019). Analisar como os servidores públicos universitários percebem sua saúde e se isso se associa ao estilo de vida desta população pode trazer direcionamentos para o campo da promoção de saúde do trabalhador. Assim, este estudo se propõe a contribuir com a literatura sobre os fatores que se associam com a adoção de um estilo de vida saudável, buscando oferecer um modelo exploratório a partir de uma amostra de docentes e técnico-administrativos de uma universidade federal do sul do Brasil.

MÉTODO

Participantes

Este estudo aconteceu em uma universidade federal do sul do Brasil, que conta com cerca de 5470 servidores públicos, entre docentes e técnico-administrativos. Os critérios de inclusão foram: aceitar participar do estudo; ser servidor ativo lotado na instituição estudada; e concluir o questionário. Os critérios de exclusão foram definidos como: estar em afastamento para estudos, colaboração técnica ou cedência há mais de 90 dias; referir licença-gestante nos últimos 12 meses. Deste universo e considerando os critérios, um total de 898 servidores integrou a amostra do estudo de forma anônima e voluntária, sendo que 59,5% eram mulheres e 53,2% eram técnico-administrativos. A amostra obteve um grau de confiança de 99% e uma margem de erro de 4%.

Delineamento e Procedimentos

É um estudo de corte transversal e constitui-se em método descritivo quantitativo a partir de um levantamento de dados. A coleta de dados foi online através da plataforma Survey Monkey® (<https://pt.surveymonkey.com/>). Todos os servidores foram convidados a participar por meio de correio eletrônico institucional da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, após prévia autorização das autoridades acadêmicas. Além do convite inicial, outros três e-mails de lembrete foram enviados ao longo dos três meses de coleta, que iniciou em 28 de janeiro e encerrou em 17 de abril de 2020. Um total de 1206 servidores acessou o questionário online. Destes, 10 não aceitaram participar do estudo; 246 não completaram o questionário; 42 estavam em afastamento; quatro referiram licença-gestante. Ainda seis casos com valores atípicos foram excluídos da amostra por terem apresentado tendenciosidade nas respostas aos itens e terem sido definidos como observações extraordinárias sem explicações convincentes (Hair et al., 2009). Avaliou-se que a exclusão desses seis casos não afetou a generalidade da amostra. Cabe destacar que a amostra caracterizou-se como não-probabilística, pois a coleta desenvolveu-se com base na disponibilidade e desejo dos servidores em responder ao questionário (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2012).

Variáveis e instrumentos

Características sociodemográficas e ocupacionais dos servidores: Um questionário desenvolvido *ad hoc* avaliou informações sobre idade, gênero, raça, cargo (docente/técnico-administrativo), escolaridade, tempo no cargo, tempo de serviço na instituição, se desempenha

função de chefia e a quantidade de dias de ausência ao trabalho por motivo de doença nos últimos 12 meses (Apêndice B)

Estilo de Vida: Foi utilizada a escala *FANTASTIC LifeStyle* (Anexo B), que considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem classificar o estilo de vida e avaliar comportamentos de saúde. Foi desenvolvido na década de 80 (Wilson et al., 1984), sendo instrumento auto-administrado, que possui 25 itens, divididos em nove domínios: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho. O nome do instrumento representa o acrônimo desses nove domínios na língua inglesa. Para sua avaliação, quanto menor for o escore numa escala de 0 a 100, maior é a indicação de necessidade de mudanças nos hábitos de saúde. A classificação de estilo de vida indicada a partir dos escores se configura como: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos). No Brasil, a adaptação e validação ocorreu em uma população de jovens adultos (Rodriguez Añez et al., 2008), apresentando um alfa de Cronbach de 0,69. A validade de construto testada pela capacidade classificatória do instrumento em quatro e três categorias foi de 75% e 80,7%, com um índice Kappa de 0,58 e 0,70, respectivamente. No presente estudo, o alfa de Cronbach do instrumento foi 0,78.

Estresse Relacionado ao Trabalho: Foi utilizado o *Health Safety Executive - Indicator Tool* (HSE-IT – Anexo D), instrumento desenvolvido em 2004 pelo *Health and Safety Executive*, do organismo oficial do Reino Unido. O instrumento é indicado como uma medida de estresse relacionado ao trabalho e é composto por 35 itens, distribuído em sete dimensões: Demanda, Controle, Apoio da chefia, Apoio dos colegas, Relacionamentos, Cargo e Comunicação e mudanças. A escala é do tipo Likert: (0) nunca, (1) raramente, (2) às vezes, (3) frequentemente ou (4) sempre, e o escore é calculado a partir da soma de todas as respostas dividido pelo total de itens, variando entre 0 a 4, sendo que quanto mais alto o escore, menor o estresse do indivíduo frente aos fatores psicossociais do trabalho (Edwards et al., 2008). Duas dimensões possuem itens negativos, que foram invertidos para permitir comparação entre as dimensões. Esse instrumento foi traduzido e validado no Brasil (Lucca & Sobral, 2017), apresentando propriedades psicométricas adequadas para uso em pesquisa. No presente estudo, o alfa de Cronbach do instrumento foi de 0,73.

Locus de Controle da Saúde: Essa variável foi avaliada através do *Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC – Anexo C)*, versão A. Este instrumento foi desenvolvido por Wallston, Wallston e DeVellis (1978), validado para diversas populações (Wallston, 2005) e contém 18 itens, sendo que em seu interior discrimina três tipos de subescalas: internalidade (I), outros poderosos (P) e acaso (C). Por se tratar de subescalas, os três tipos de locus de controle da saúde foram tratados de maneira independente neste estudo. Em cada um, os escores variam de 0 a 30, sendo que altas pontuações são indicativo de crença de que a saúde é controlada por um desses fatores (controle individual, de outras pessoas ou pelo acaso). No Brasil, a MHLC é usada a partir da validação realizada por Rodríguez-Rosero, Ferriani e Dela Coleta (2002), que verificaram a consistência interna através do alfa de Cronbach, encontrando-se os valores 0,71; 0,67; e 0,78, respectivamente para cada subescala. No presente estudo, os alfas de Cronbach, respectivamente, foram 0,64; 0,62; e 0,59.

Autopercepção de saúde física e mental: Foi utilizado o *Short-Form Health Survey 12 – version 2 (SF-12v2 – Anexo E)*, um instrumento de autorrelato sobre qualidade de vida relacionada à saúde, projetado para investigar aspectos multidimensionais da saúde física e mental da população em geral, originalmente desenvolvido na década de 90 (Ware et al., 1996). O instrumento possui oito dimensões: Funcionamento Físico, Papel Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Papel Emocional e Saúde Psicológica. Além disso, duas subescalas de resumo podem ser derivadas do SF-12v2, incluindo uma de saúde mental e uma de saúde física. Em cada uma, os escores variam de 0 a 100, sendo que quanto maior o escore, melhor a percepção de saúde. No Brasil, esse instrumento foi traduzido e validado, apresentando propriedades psicométricas adequadas (Damásio et al., 2015). Foi obtida licença para aplicação do instrumento. Optou-se por não calcular o alfa de Cronbach neste estudo, visto o manual do instrumento desaconselhar seu uso (Maruish, 2012).

Considerações éticas

Esse estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE 27808619.6.0000.5334 – Anexo A) e seguiu as diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, para regulamentação ética em pesquisas com seres humanos. A participação foi anônima, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido virtual (Apêndice A) com informações sobre o estudo foi

disponibilizado para todos os participantes. As respostas individuais foram armazenadas pela plataforma de pesquisa online Survey Monkey® (<https://pt.surveymonkey.com/>), ficando disponíveis apenas para os pesquisadores.

Análise de dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018) para *Windows*. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva através das distribuições absoluta e relativa (N - %), bem como pelas medidas de tendência central (média), de variabilidade (desvio padrão) e histogramas. A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para todas as análises, considerou-se o nível de significância estatística de 0,05.

Considerando-se as análises bivariadas entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de *Pearson* (χ^2). Para este tipo de análise, os tamanhos de efeito foram calculados através do *V de Cramér*, usado quando se tem variáveis nominais, e interpretado como: 0,10 e 0,29 é considerado tamanho de efeito pequeno; médio entre 0,30 e 0,49; e grande acima de 0,50 (Espírito-Santo & Daniel, 2017). Na comparação das variáveis contínuas entre dois grupos independentes, optou-se pelo teste *Mann Whitney U*, devido ao tamanho desproporcional dos grupos. Para esse tipo de análise, foi utilizado o cálculo de tamanho de efeito *r*, que é o valor Z do teste dividido pelo número total de observações. O *r* varia de 0 a cerca de 1, sendo que 0,10 a 0,29 é considerado um tamanho de efeito pequeno; 0,30 a 0,50 médio; e maior que 0,50 alto (Mangiafico, 2016).

A análise que envolveu a capacidade preditiva/explicativa do estilo de vida foi investigada pela técnica de Regressão Logística Múltipla Binária [Estilo de vida: Perfil de Risco (0) e Perfil Saudável (1)], método de seleção *Backward Conditional*. Optou-se por utilizar tal técnica estatística, visto se buscar testar um modelo exploratório inicial. Como variáveis independentes foram elencadas as características sociodemográficas e laborais que apresentaram nível mínimo de significância inferior ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$) na análise bivariada, quando comparadas ao estilo de vida. Para verificação da qualidade do ajuste do modelo final de regressão logística, foram considerados os estimadores de R^2 de *Nagelkerk* e *Hosmer-Lemeshow* (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant, 2013). A probabilidade de entrada gradual das variáveis ao modelo foi de 0,05 e para a remoção de 0,10.

RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra (*N*) de 898 profissionais com idades concentradas nas faixas de 30 a 39 anos, 30,5% (*n* = 274); de 50 a 59 anos, 26,8% (*n* = 241); e de 40 a 49 anos, 23,8% (*n* = 214). A Tabela 01 apresenta os dados descritivos, em termos absolutos e relativos da amostra.

Em relação ao gênero, predominou o feminino, 59,8% (*n* = 537) em comparação ao masculino, 39,4% (*n* = 354). A maioria dos profissionais se declarou de cor branca, 89,4% (*n* = 803). O estado civil casado foi observado em aproximadamente metade da amostra, 53,1% (*n* = 477), seguido daqueles que se declararam solteiros, 33,9% (*n* = 304). Em relação ao nível de escolaridade, destacou-se a Pós-graduação *Stricto Sensu*, representando 66,5% (*n* = 597) da amostra, sendo que 49,8% (*n* = 477) apresentaram doutorado completo, enquanto que, 16,7% (*n* = 150) mestrado completo.

Nas informações de cunho laboral, o tipo de cargo prevalente foi o técnico-administrativo, 53,0% (*n* = 476). Sobre o tempo de serviço na instituição, se destacaram os períodos de 03 a 09 anos, 31,3% (*n* = 281); e de 10 a 19 anos, 21,5% (*n* = 193). Os períodos de tempo mencionados também se destacaram para o tempo de serviço no cargo, com proporções de 31,7%5 (*n* = 285) e 21,7% (*n* = 195), respectivamente. No que se refere à função atualmente desempenhada, a maior parte dos casos eram de cargos subordinados, 76,3% (*n* = 685). Em relação ao número de dias de ausência ao trabalho por motivo de doença (absenteísmo-doença) nos últimos 12 meses, observou-se que o número de dias variou de zero até o máximo de 240 dias de afastamento. A mediana de afastamento foi de 01 dia, sendo que 75% da amostra apresentaram 05 dias ou menos de afastamento (terceiro quartil).

Tabela 01. Distribuição absoluta e relativa para as características sociodemográficas e ocupacionais.

Variáveis	Amostra (<i>N</i> =898) ^A	
	<i>N</i>	%
Gênero		
Mulher	537	59,8
Homem	354	39,4
Mulher transexual	1	0,1
Homem transexual	1	0,1
Gênero não-binário	1	0,1
Outro	1	0,1
Não quero informar	3	0,3
Idade (categorias)		
19 - 24 anos	7	0,8
25 - 29 anos	55	6,1

30 - 39 anos	274	30,5
40 - 49 anos	214	23,8
50 - 59 anos	241	26,8
60 - 64 anos	74	8,2
65 anos ou mais	33	3,7
Raça/cor		
Preto	36	4,0
Pardo	47	5,2
Branco	803	89,4
Amarelo	9	1,0
Indígena	3	0,3
Estado civil		
Solteiro(a)	304	33,9
Casado(a)	477	53,1
Separado(a)	38	4,2
Divorciado(a)	72	8,0
Viúvo(a)	7	0,8
Escolaridade		
Ensino Médio	20	2,2
Ensino Técnico	20	2,2
Ensino Superior	100	11,1
Pós-graduação Lato Sensu (Especialização completa)	161	17,9
Pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado completo)	150	16,7
Pós-graduação Stricto Sensu (Doutorado completo)	447	49,8
Tipo de cargo		
Docente	422	47,0
Técnico-Administrativo	476	53,0
Tempo de serviço na instituição		
Até 03 anos	185	20,6
De 03 a 09 anos	281	31,3
De 10 a 19 anos	193	21,5
De 20 a 29 anos	132	14,7
De 30 a 34 anos	51	5,7
35 anos ou mais	56	6,2
Tempo de Serviço no Cargo		
Até 03 anos	188	20,9
De 03 a 09 anos	285	31,7
De 10 a 19 anos	195	21,7
De 20 a 29 anos	133	14,8
De 30 a 34 anos	47	5,2
35 anos ou mais	50	5,6
Atualmente, desempenha função de chefia/gestor?		
Chefia	213	23,7
Subordinado	685	76,3
Absenteísmo-doença		
Média ± desvio padrão	6,7±17,6 (0 - 240)	
Mediana (1º-3º quartil)	1,0 (0,0 - 5,3)	

A Percentuais obtidos com base no total da amostra.

O estilo de vida foi abordado neste estudo e o resultado original da escala apontou que 55,6% (n=499) concentraram-se na categoria Muito bom; 27,2% (n=244) como Bom; 12,6%

(n=130) como Excelente, enquanto os demais 4,6% (n=42) estavam na categoria Regular e 0,1% na “Necessita melhorar”, conforme visualiza-se na Figura 01. Para fins de análise inferencial a classificação original para o estilo de vida foi agrupada em Necessita melhorar/Regular/Bom, 31,8% (n=286), configurando-se em um grupo de “Perfil de Risco” aqueles que ficaram com escore abaixo de 70 pontos no instrumento; enquanto que as categorias Muito bom e Excelente, 68,2% (n=612), com escore igual ou superior a 70 pontos, foram agrupadas no chamado “Perfil Saudável”.

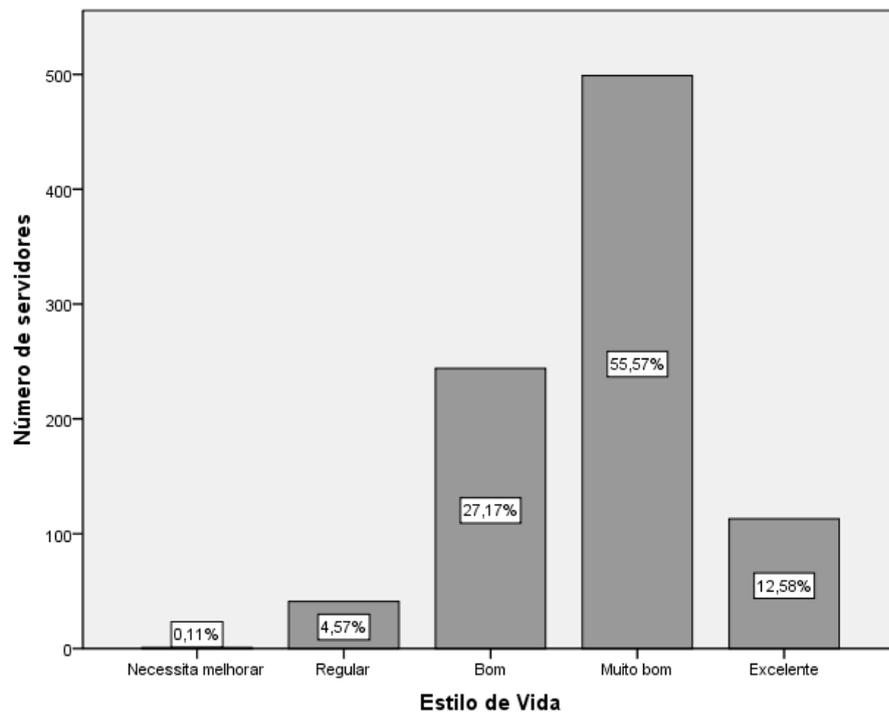


Figura 01. Distribuição das categorias referentes ao Estilo de Vida.

Os dois perfis de estilo de vida foram comparados em termos das variáveis sociodemográficas e laborais, conforme Tabela 02. Os resultados apontaram associação significativa com a idade ($p < 0,001$), onde os profissionais de 50 a 59 anos, 29,4% (n = 180); de 60 a 64 anos, 10,1% (n = 62) e de 65 anos ou mais, 4,6% (n = 28) se mostraram associados ao Perfil Saudável. O cargo de docente, 52,3% (n = 320), também se relacionou significativamente ($p < 0,001$) ao Perfil Saudável. Ainda, houve resultado representativo com o tempo de serviço na instituição ($p = 0,05$), de forma que os profissionais com tempo de 20 a 29 anos, 16,3% (n = 100); de 30 a 34 anos, 6,9% (n = 42); e de 35 anos ou mais, 7,4% (n = 45) mostraram-se relacionados ao Perfil Saudável do estilo de vida. O Perfil Saudável

também se associou significativamente com maior escolaridade ($p < 0,001$; $r = 0,218$). O gênero e a função de gestor não se mostraram associados ao estilo de vida neste estudo.

Tabela 02. Distribuição absoluta e relativa do perfil de estilo de vida segundo características sociodemográficas e ocupacionais.

Variáveis	Estilo de vida ^B				Estatística teste (χ^2)* (p)	Tamanho de efeito**
	Perfil de Risco (n=286)		Perfil Saudável (n=612)			
	n	%	N	%		
Gênero						
Mulher	174	62,2	363	59,6	6,965 (p=0,458)	0,09
Homem	108	37,8	246	40,4		
Mulher transexual	1	0,1	0	0		
Homem transexual	0	0	1	0,1		
Gênero não-binário	1	0,1	0	0		
Outro	0	0	1	0,1		
Não quero informar	2	0,2	1	0,1		
Faixa etária						
19 - 24 anos	2	0,7	5	0,8	35,354 (p<0,001)	0,19
25 - 29 anos	30	10,5	25	4,1		
30 - 39 anos	104	36,4	170	27,8		
40 - 49 anos	72	25,2	142	23,2		
50 - 59 anos	61	21,3	180	29,4		
60 - 64 anos	12	4,2	62	10,1		
65 anos ou mais	5	1,7	28	4,6		
Tipo de cargo						
Docente	102	35,7	320	52,3	21,263 (p<0,001)	0,15
Técnico-Administrativo	184	64,3	292	47,7		
Tempo serviço na instituição						
Até 03 anos	68	23,8	117	19,1	16,904 (p=0,005)	0,13
De 03 a 09 anos	101	35,3	180	29,4		
De 10 a 19 anos	65	22,7	128	20,9		
De 20 a 29 anos	32	11,2	100	16,3		
De 30 a 34 anos	9	3,1	42	6,9		
35 anos ou mais	11	3,8	45	7,4		
Função de gestor						
Chefia	60	21,0	153	25,0	1,742 (p=0,187)	0,04
Subordinado	226	79,0	459	75,0		
Escolaridade						
Ensino Médio	12	4,2	8	1,3	41,074 (p<0,001)	0,218
Ensino Técnico	14	4,9	6	1,0		
Ensino Superior	43	15,0	57	9,3		
Pós-graduação Lato Sensu (Especialização)	50	17,5	111	18,1		
Pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado)	59	20,6	91	14,9		
Pós-graduação Stricto Sensu (Doutorado)	108	37,8	339	55,4		

B Percentuais obtidos com base no total de cada classificação do estilo de vida. * *Teste Qui-quadrado de Pearson*; ***Teste V de Cramér*.

Para a análise univariada, as variáveis absenteísmo-doença (número de dias de ausência ao trabalho), locus de controle da saúde, estresse relacionado ao trabalho, saúde física e saúde mental, e suas respectivas dimensões, foram comparadas ao perfil de estilo de vida, conforme Tabela 03. Optou-se por utilizar o teste não-paramétrico *Mann-Whitney* para amostras independentes devido à discrepância no tamanho dos grupos e porque o pressuposto de normalidade não foi alcançado pela variável dependente. Houve diferença significativa em relação ao absenteísmo-doença ($p < 0,001$), onde as pessoas dentro do Perfil de Risco [Mediana (1° - 3° quartil): 2,0 (0,0 – 10,0)] concentraram número de dias de ausência ao trabalho por motivo de doença significativamente maiores que o grupo Perfil Saudável [Mediana (1° - 3° quartil): 0,0 – 5,0)].

Em relação ao locus de controle da saúde, observaram-se escores médios significativamente maiores do Perfil Saudável nas subescalas Outros Poderosos [Perfil de Risco: $16,7 \pm 4,0$ vs. Perfil Saudável: $17,6 \pm 4,4$; $p = 0,005$] e Internalidade [Perfil de Risco: $21,8 \pm 3,5$ vs. Perfil Saudável: $22,5 \pm 3,4$; $p = 0,006$], e significativamente menor em Acaso [Perfil de Risco: $13,2 \pm 3,7$ vs. Perfil Saudável: $12,1 \pm 3,7$; $p < 0,001$]. O estilo de vida também diferiu significativamente quando comparado à saúde física [Perfil de Risco: $52,5 \pm 8,2$ vs. Perfil Saudável: $54,4 \pm 5,9$; $p < 0,001$] e mental [Perfil de Risco: $38,2 \pm 10,9$ vs. Perfil Saudável: $48,9 \pm 8,4$; $p < 0,001$]. Em relação às dimensões do instrumento SF-12v2, todas apresentaram diferenças significativas, com escores maiores no Perfil Saudável. Destaca-se a dimensão Saúde Psicológica [Perfil de Risco: $40,6 \pm 8,8$ vs. Perfil Saudável: $50,1 \pm 7,5$; $p < 0,001$], com maior tamanho de efeito ($r = 0,47$), cujos escores baixos são indicativos de sentimentos de nervosismo e de depressão frequentes.

No que se refere ao estresse relacionado ao trabalho, os resultados apontaram que a média foi significativamente ($p < 0,001$) superior no Perfil Saudável ($2,9 \pm 0,5$) em comparação ao Perfil de Risco ($2,6 \pm 0,6$). Recordar-se que, neste instrumento, quanto maior o escore, menor o nível de estresse. Portanto, o resultado sugere menor presença de estresse relacionado ao trabalho naquelas pessoas que fazem parte do Perfil Saudável. Em relação às dimensões do instrumento, todas apresentaram resultados significativos, com o Perfil Saudável obtendo escores maiores. Destaca-se a dimensão Cargo [Perfil de Risco: $2,9 \pm 0,7$ vs. Perfil Saudável: $3,3 \pm 0,6$; $p < 0,001$], com maior tamanho de efeito ($r = 0,29$), que diz respeito a se as pessoas entendem sua função dentro da organização e se a organização garante que elas não tenham funções conflitantes.

Tabela 3. Comparação das variáveis contínuas do estudo entre perfil de estilo de vida.

Variáveis comparadas	Perfil de Risco (n = 286)		Perfil Saudável (n = 612)		Estatística do teste*	p	Tamanho de efeito (r)
	M	DP	M	DP			
Absenteísmo-doença	9,4	22,7	5,4	14,4	-4,302	0,000	0,14
LCS Interno	21,8	3,5	22,5	3,4	-2,731	0,006	0,09
LCS Acaso	13,2	3,7	12,1	3,7	-4,129	0,000	0,14
LCS Outros Poderosos	16,7	4,0	17,6	4,4	-2,809	0,005	0,09
Estresse Relacionado ao Trabalho	2,6	0,6	2,9	0,5	-8,117	0,000	0,27
Demanda	2,4	0,7	2,7	0,6	-4,074	0,000	0,14
Controle	2,6	0,7	2,9	0,5	-5,966	0,000	0,20
Apoio da Chefia	2,4	0,7	2,7	0,7	-5,536	0,000	0,18
Apoio dos Colegas	2,6	0,9	3,0	0,8	-6,515	0,000	0,22
Relacionamentos	2,5	0,9	2,9	0,7	-6,233	0,000	0,21
Cargo	2,9	0,7	3,3	0,6	-8,546	0,000	0,29
Comunicação e Mudanças	2,6	0,8	3,0	0,7	-7,081	0,000	0,24
Saúde Física	52,5	8,2	54,4	5,9	-2,962	0,003	0,10
Saúde Mental	38,2	10,9	48,9	8,4	-13,731	0,000	0,46
Funcionamento Físico	49,9	8,1	53,7	5,7	-7,628	0,000	0,25
Papel Físico	48,4	8,6	51,9	7,2	-6,088	0,000	0,20
Dor Corporal	47,3	9,8	52,0	7,7	-7,451	0,000	0,25
Saúde Geral	50,2	7,2	55,2	6,1	-9,807	0,000	0,33
Vitalidade	45,6	8,5	52,6	7,8	-11,444	0,000	0,38
Funcionamento Social	41,4	9,9	50,4	7,8	-12,781	0,000	0,43
Papel Emocional	40,0	11,4	48,9	8,5	-11,417	0,000	0,38
Saúde Psicológica	40,6	8,8	50,1	7,5	-14,231	0,000	0,47

*Estatística Z do Teste Mann-Whitney para amostras independentes.

Para investigar quais variáveis mais impactaram na explicação do estilo de vida, foi empregada a técnica de Análise de Regressão Logística Binária, sendo definido para as categorias da variável dependente Perfil de Risco (0) e Perfil Saudável (1). Em relação à Saúde Física, Saúde Mental e Estresse Relacionado ao Trabalho, optou-se por inserir no modelo apenas as variáveis gerais, visto que todas as respectivas dimensões foram significativas. De acordo com os resultados obtidos, seguem na Tabela 04 os modelos inicial (saturado) e final (reduzido) da análise multivariada, onde este último foi estabelecido em seis passos/etapas pelo método de seleção *Backward Conditional*.

Na avaliação da qualidade do ajuste do modelo final, sobre o poder de explicação das variáveis independentes sobre o estilo de vida, observou-se as estimativas dos testes *Cox & Snell* e *Nagelkerke*, com valores de 0,296 e 0,415, respectivamente. Assim, o *Cox & Snell* apontou que, no modelo final, 29,6% das variações ocorridas no log da razão de chance (*Odds*

Ratio) são explicadas pelo conjunto das variáveis independentes. Com significado semelhante ao coeficiente de determinação, o estimador de *Nagelkerke* considera que o modelo foi capaz de explicar 41,5% das variações entre os perfis de estilo de vida.

Na avaliação resumida do modelo (*Model summary*), observou-se pelo Teste de *Hosmer-Lemeshow* (que avalia se as diferenças para o estilo de vida entre a classificação observada na amostra e a prevista pelo modelo são relevantes) que não houveram diferenças significativas entre as estimativas do modelo e as classificações reais da amostra para o estilo de vida. Logo, conclui-se que não existe evidência estatística para rejeitar a hipótese de o modelo se encontrar bem ajustado. Ou seja, o modelo apresenta uma significativa capacidade preditiva [Qui-quadrado = 8,6896; $p = 0,369$ ($g.l. = 8$)]. Neste sentido, há evidências de que na matriz de confusão o total de acertos de 78,8% foi representativo no estudo, onde o modelo classificou corretamente 55,9% dos casos como Perfil de Risco e 89,5% dos casos como Perfil Saudável.

Conforme segue na Tabela 04, verificou-se que no modelo inicial algumas variáveis perderam o poder de associação frente ao ajuste das demais variáveis explicativas pertencentes ao modelo. Não foram significativas para predizer o Perfil Saudável do estilo de vida: a idade, o tempo de serviço na instituição, o cargo, o absenteísmo-doença e a dimensão LCS Internalidade. Deste modo, destacou-se como variável de maior associação com o Perfil Saudável do estilo de vida a escolaridade, onde os servidores com nível Técnico [OR: 0,097; IC95%: 0,030 – 0,316], Superior [OR: 0,394; IC95%: 0,226 – 0,688] ou Mestrado [OR: 0,488; IC95%: 0,304 – 0,785] apresentaram menos chances de pertencer ao Perfil Saudável, quando comparados ao nível de escolaridade Doutorado (categoria de referência). Os níveis Médio e Especialização não apresentaram resultados significativos. A segunda variável mais associada com o estilo de vida saudável foi o Estresse Relacionado ao Trabalho, onde escores elevados nesta escala apontam 1,654 [IC95% OR: 1,128 – 2,426] mais chances de pertencer ao Perfil Saudável, quando comparado aos casos com baixas pontuações na escala (i.e., menor nível de estresse explica um perfil de estilo de vida saudável).

Ainda, elevadas pontuações em Saúde Mental [OR: 1,127; IC95%: 1,103 – 1,151], em Saúde Física [OR: 1,088; IC95%: 1,060 – 1,116], e em LCS Outros Poderosos [OR: 1,069; IC95%: 1,025 – 1,116] oferecem maiores chances para explicar um Perfil Saudável de estilo de vida. Já a dimensão LCS Acaso foi um preditor para o modelo, porém com associação negativa [OR: 0,935; IC95%: 0,893 – 0,979].

Tabela 04. Modelo de regressão logística binária sobre o estilo de vida saudável.

Variáveis independentes	Coeficiente de regressão			Odds Ratio Ajustado		
	B	Erro padrão	p	OR	IC 95% OR	
					Inferior	Superior
Modelo inicial						
Idade						
65 anos ou mais			0,715			
19 - 24 anos	1,169	1,334	0,381	3,218	0,236	43,952
25 - 29 anos	-0,280	0,782	0,720	0,756	0,163	3,502
30 - 39 anos	0,024	0,697	0,973	1,024	0,261	4,013
40 - 49 anos	0,216	0,680	0,751	1,241	0,327	4,703
50 - 59 anos	0,224	0,631	0,723	1,251	0,363	4,312
60 - 64 anos	0,547	0,677	0,419	1,728	0,458	6,521
Escolaridade						
Doutorado			0,010			
Ensino Médio	-1,128	0,694	0,104	0,324	0,083	1,263
Ensino Técnico	-2,333	0,694	0,001	0,097	0,025	0,378
Ensino Superior	-0,876	0,446	0,050	0,416	0,174	0,999
Especialização Lato Sensu	-0,320	0,406	0,431	0,726	0,328	1,609
Mestrado	-0,703	0,387	0,070	0,495	0,232	1,058
Tipo de Cargo(1) Docente	-0,079	0,385	0,837	0,924	0,434	1,966
Tempo de serviço na instituição						
35 anos ou mais			0,948			
Até 03 anos	-0,216	0,576	0,708	0,806	0,261	2,492
De 03 a 09 anos	-0,103	0,541	0,849	0,902	0,312	2,604
De 10 a 19 anos	-0,227	0,529	0,667	0,797	0,282	2,246
De 20 a 29 anos	-0,243	0,521	0,641	0,784	0,282	2,176
De 30 a 34 anos	0,207	0,611	0,735	1,229	0,371	4,072
Absenteísmo-doença	-0,003	0,005	0,513	0,997	0,988	1,006
Saúde Física	0,086	0,014	0,000	1,090	1,061	1,120
Saúde Mental	0,118	0,011	0,000	1,125	1,101	1,150
LCS						
Internalidade	0,007	0,027	0,788	1,007	0,955	1,063
Outros Poderosos	0,062	0,022	0,005	1,064	1,019	1,112
Acaso	-0,057	0,025	0,022	0,944	0,899	0,992
Estresse Relacionado ao Trabalho	0,501	0,201	0,012	1,651	1,114	2,446
Constante (modelo)	-10,466	1,445	0,000	0,000		
Modelo final (etapa 6)						
Doutorado			0,000			
Ensino Médio	-0,972	0,560	0,083	0,378	0,126	1,135
Ensino Técnico	-2,337	0,604	0,000	0,097	0,030	0,316
Ensino Superior	-0,930	0,284	0,001	0,394	0,226	0,688

Especialização Lato Sensu	-0,331	0,241	0,170	0,718	0,448	1,152
Mestrado	-0,717	0,242	0,003	0,488	0,304	0,785
Outros Poderosos LCS	0,067	0,022	0,002	1,069	1,025	1,116
Acaso LCS	-0,067	0,024	0,005	0,935	0,893	0,979
Saúde Física	0,084	0,013	0,000	1,088	1,060	1,116
Saúde Mental	0,120	0,011	0,000	1,127	1,103	1,151
Estresse relacionado ao trabalho	0,503	0,195	0,010	1,654	1,128	2,426
Constante (modelo)	-10,302	1,134	0,000	0,000		

Modelo Inicial - Nota: R^2 de *Nalgelkerke* 0,423; Prova de *Hosmer-Lemeshow* (Qui quadrado $(8) = 7,775$; $p=0,456$); *Cox & Snell*: 0,302; Proporção geral de acerto – matriz de confusão: 78,1%;
 Modelo final - Nota: R^2 de *Nalgelkerke* 0,415; Prova de *Hosmer-Lemeshow* (Qui quadrado $(8) = 8,696$; $p=0,369$); *Cox & Snell*: 0,296; Proporção geral de acerto – matriz de confusão: 78,8%.

O modelo está representado na Figura 02. Como o modelo possui mais de três dimensões, representá-lo em uma figura é complexo. Por isso, optou-se por simplificar o modelo em função da intensidade de contribuição dos coeficientes B de cada variável associado às suas categorias. Foi calculada a média dos coeficientes de cada variável e feito a soma total dos coeficientes. A partir disso, dividiu-se cada média de cada variável pelo total geral e geraram-se os percentuais de intensidade de contribuição da influência de cada variável independente sobre a variável dependente. Na figura, as setas indicam a direção da relação das variáveis independentes com a variável dependente, se direcionada para dentro positiva. ou para fora, negativa; e o intercepto é o valor gerado pelo modelo a fim de ajustar as variáveis em função da contribuição das variáveis e do que não foi observado. Esse cálculo foi realizado com base na teoria dos estimadores, conforme Arango (2009). Como se pode ver, a escolaridade é o que mais se associa negativamente com a adoção de um estilo de vida saudável.

Representação da Intensidade das Variáveis sobre o Estilo de Vida Saudável
para o Modelo de Regressão Logística

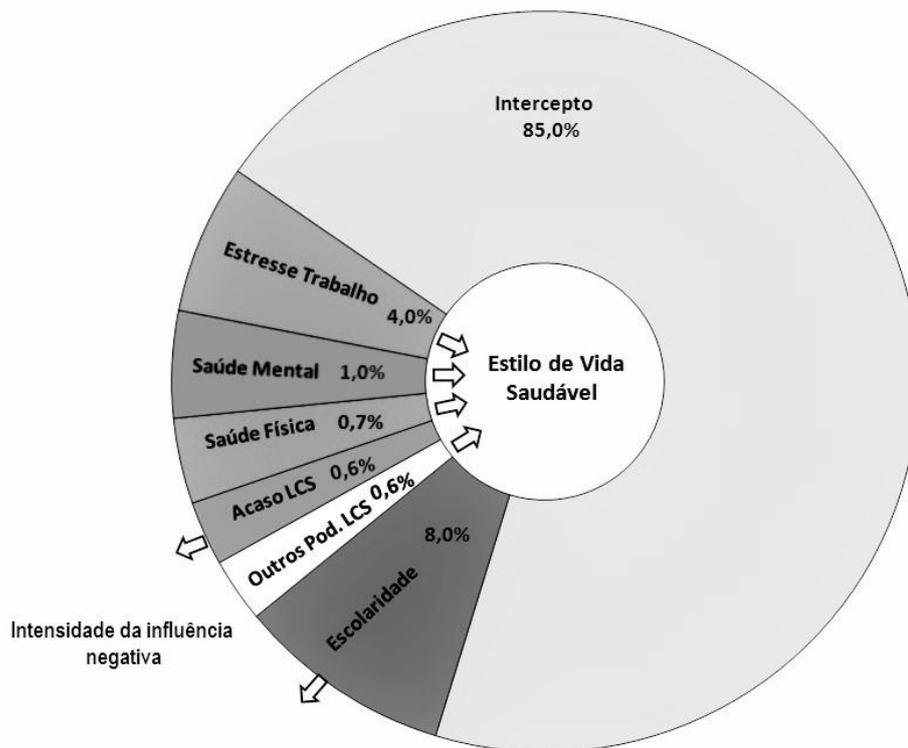


Figura 2. Representação da intensidade das variáveis sobre o Perfil Saudável de estilo de vida segundo modelo de regressão logística binária

DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta um modelo explicativo para a adoção de um estilo de vida saudável em uma amostra de servidores públicos de uma universidade do sul do Brasil. A análise univariada apontou que docentes, maior nível de escolaridade, pessoas com 50 anos ou mais e aqueles com 20 anos ou mais de tempo de serviço tendem a apresentar um Perfil Saudável de estilo de vida. Além disso, absenteísmo-doença, locus de controle da saúde, todos os riscos psicossociais do trabalho e as dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde estiveram significativamente associados ao estilo de vida. A análise multivariada demonstrou que contribuem para um modelo de perfil saudável: uma melhor autopercepção de saúde física e mental, o estresse relacionado ao trabalho, o locus de controle da saúde Acaso e Outros Poderosos, e escolaridade.

No que diz respeito à análise univariada das características sociodemográficas e ocupacionais, o resultado referente à idade parece corroborar com a literatura. Um perfil saudável de estilo de vida já foi associado com idosos (Pereira, Gonzaga & Lyra, 2019), enquanto que um estudo comparativo entre Brasil, Chile, México e Estados Unidos apontou uma tendência a um pior estilo de vida entre faixas etárias mais jovens, principalmente em relação a uma dieta de baixa qualidade (Graf & Cecchini, 2018). O presente estudo sugere que, entre a população investigada, um perfil saudável de estilo de vida foi observado proporcionalmente mais entre pessoas acima de 50 anos. Porém, a idade não se manteve associada ao perfil de estilo de vida na análise multivariada. Isto é, esta não foi uma variável que contribuiu para o modelo explicativo de um estilo de vida saudável. Importante ressaltar, ainda, que nos dois estudos citados anteriormente (Graf & Cecchini, 2018; Pereira, Gonzaga & Lyra, 2019), o gênero masculino esteve associado a um perfil de risco em estilo de vida. No presente estudo, diferenças entre gênero não foram identificadas, contrapondo com a literatura.

Em relação ao tipo de cargo, não foram encontrados estudos que comparam perfis de estilo de vida entre docentes e técnico-administrativos a partir do mesmo instrumento utilizado aqui. Porém, duas investigações recentes com docentes de universidades públicas que utilizaram a escala *FANTASTIC Lifestyle* apontaram que 62% (Silveira, Ribeiro, Teixeira, Teixeira & Souza, 2017) e 76% (Amim et al., 2020) deles estavam nas classificações Muito Bom ou Excelente (Perfil Saudável considerado no presente estudo), reforçando que é uma categoria profissional com tendência a um estilo de vida saudável. Isso provavelmente se dá

devido ao nível de escolaridade mais alto entre esses profissionais, como sugere o modelo a partir da análise de regressão logística.

Em relação à análise multivariada, a variável de maior influência para o modelo foi escolaridade. Conforme os resultados, parece que maior nível de escolaridade está associado com um perfil saudável de estilo de vida, o que está de acordo com a literatura. Por exemplo, uma pesquisa nacional de saúde apontou que o perfil saudável de estilo de vida se associou a maior escolaridade, enquanto menor escolaridade foi relacionada com perfil de risco (Pereira, Gonzaga y Lyra, 2019). Outro estudo nacional com servidores públicos apontou que mulheres com nível universitário ou superior, e homens com nível médio ou superior, estavam associados a um estilo de vida mais saudável também (Patrão, Almeida, Matos, Chor & Aquino, 2017). A relação da escolaridade com o estilo de vida já vem sendo estudada pela literatura, chegando a predizer até 69% do efeito da educação no estilo de vida saudável, e tem se sugerido que isso se explica porque os mais escolarizados possuem mais conhecimentos e informações em saúde, permitindo-lhes fazer melhores escolhas em saúde (Hoffmann & Lutz, 2019).

Além da escolaridade, o modelo apontou a associação negativa do estresse relacionado ao trabalho no estilo de vida saudável. Sabe-se que manter comportamentos de estilo de vida saudáveis é complexo e está constantemente sob o desafio de estressores externos. A relação da exposição a eventos estressores de alta magnitude (histórias traumáticas) com fatores de estilo de vida pouco saudáveis tem sido documentados (e.g., Seib et al., 2014). Porém, a relação do estresse ocupacional com o estilo de vida pode parecer menos clara. Já foi citado anteriormente que fatores de estresse do trabalho estão associados negativamente com qualidade de sono entre professores universitários, principalmente entre aqueles que não praticam atividade física (Freitas et al., 2020). Uma revisão também descreveu a relação entre estresse no local de trabalho e mudanças adversas no estilo de vida que evoluem para obesidade e disfunção cognitiva (Ippoliti et al., 2017). E um estudo com enfermeiras apontou a correlação negativa entre estresse no trabalho e estilo de vida promotor de saúde (Lee, Tsai, Tsai & Lee, 2011). Assim, o presente estudo corrobora com a literatura ao apontar que menor percepção de estresse relacionado ao trabalho se relaciona com um perfil saudável de estilo de vida. Ademais, na análise univariada, todos os riscos psicossociais estiveram associados ao perfil de risco, o que reforça a importância de políticas organizacionais e de saúde do trabalhador que mitiguem tais riscos.

Em relação ao locus de controle da saúde, a dimensão LCS Internalidade não se associou com um estilo de vida saudável no modelo proposto, contrapondo com antigos

estudos sobre o tema (e.g., Norman, Bennett, Smith, & Murphy, 1998), que tendiam a associar um locus de controle da saúde mais interno a comportamentos de saúde mais adequados. Mais recentemente essa relação tem sido questionada, visto que muitos determinantes de saúde estão além do controle do indivíduo. Por exemplo, o LCS Acaso foi considerado um fator de risco para um estilo de vida pouco saudável, pois indivíduos com pontuação alta nesta dimensão tiveram menos comportamentos de saúde adequados, enquanto os resultados relativos a LCS Interno e Outros Poderosos permaneceram principalmente insignificantes (Grotz et al., 2011). Outro estudo com estudantes universitários apontou que LCS Outros Poderosos afeta comportamentos de estilo de vida saudáveis tanto direta, quanto indiretamente por meio das crenças de autoeficácia específica à saúde (Çepni & Kitiş, 2017). No presente estudo, de certa forma, os resultados corroboram com a literatura, ao mostrar que a dimensão Acaso do locus de controle da saúde é um fator de risco para se alcançar um estilo de vida saudável, enquanto o LCS Outros Poderosos é um fator de proteção. Apesar desses resultados, no geral o construto do locus de controle da saúde se apresentou um indicador fraco do comportamento de saúde e provavelmente seja necessário considerar outras crenças de controle ao prever o estilo de vida saudável.

Houve também associação entre autopercepção de saúde física e mental com o estilo de vida. Destaca-se a autoavaliação em saúde mental, que apresentou um efeito maior. Propõe-se, ainda, que melhor autopercepção em saúde física e mental contribuem para explicar um perfil saudável de estilo de vida. A literatura, de forma geral, já tem relatado a relação entre saúde mental e estilo de vida, sugerindo que comportamentos de saúde adequados impactam de forma positiva na saúde mental (Walsh, 2011; Zaman, Hankir & Jemni, 2019). Além disso, um amplo estudo australiano mostrou que tanto homens quanto mulheres que tinham pior autoavaliação de saúde geral e saúde mental apresentavam chances bem mais elevadas de pertencer ao perfil de alto risco em estilo de vida (Ofstedal et al., 2019). Assim, o presente estudo corrobora com a literatura, e reforça a importância de se avaliar os efeitos da saúde mental sobre o estilo de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltam-se algumas limitações desta investigação. Não se conhecem os efeitos a longo prazo das variáveis estudadas sobre o estilo de vida, visto ser um estudo transversal, por isso aponta-se a necessidade de olhar com cuidado para os resultados. Além disso, o estudo se baseou apenas em medidas de autorrelato, as medidas utilizadas podem não ser completamente satisfatórias, e a amostra foi de acordo com disponibilidade e interesse dos participantes, assim devem-se levar em consideração possíveis vieses gerados por essas características do estudo. Reforça-se, ainda, que a amostra estudada é comumente apontada como tendo melhores condições de vida e de estabilidade de emprego, não se recomendando, portanto, generalizar os dados para outras populações.

Adicionam-se, ainda, alguns aspectos que não foram estudados aqui e que podem se relacionar com os resultados, no sentido de contribuir com futuras investigações. Conflitos trabalho-família, tempo de jornada de trabalho e outras características individuais e da organização, por exemplo, podem estar influenciando a adoção de um estilo de vida saudável. Sugere-se, por isso, que análises de situações específicas no contexto universitário sejam incorporadas em outras pesquisas. Ademais, os resultados dizem respeito a um período anterior à situação mais drástica da pandemia por COVID-19, a qual gerou profundas transformações no mundo do trabalho. As mudanças nos modelos de trabalho que ocorreram a partir desta crise sanitária mundial, inclusive no serviço público universitário, podem trazer impactos diversos dos apontados aqui. Por exemplo, o trabalho remoto é um fator essencial de ser analisado em relação às alterações de hábitos de vida e estilo de vida.

Por fim, o estilo de vida é um construto complexo, multifatorial, com diversos componentes, impactado por inúmeras variáveis individuais, ambientais e sociais. Dentro do âmbito da saúde do trabalhador, é necessário compreender quais aspectos influenciam a adoção de um estilo de vida saudável, a fim de orientar ações de promoção de saúde dentro dos locais de trabalho e direcionar políticas de saúde do trabalhador. Ressalta-se que o objetivo aqui não foi trazer um modelo explicativo definitivo, mas sim ponderar aspectos que possam contribuir na adoção de um estilo de vida saudável e na identificação de características de risco, a serem aprofundadas por outros estudos. Portanto, o presente estudo contribui com a literatura ao vislumbrar fatores que podem ter efeitos sobre o estilo de vida de servidores públicos em contexto universitário.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo trazem contribuições relevantes para o campo da saúde ocupacional, principalmente para o cenário do serviço público universitário. O absenteísmo-doença, indicador de adoecimento do trabalhador comumente utilizado, está associado pelo estresse relacionado ao trabalho, pela autopercepção de saúde do indivíduo e por crenças de controle, no caso o *locus* de controle da saúde. Além disso, características do contexto ocupacional, como tipo de cargo e tempo de serviço na instituição, também podem ter influência sobre esse fenômeno, sugerindo que alguns segmentos da população podem estar mais em risco de ausência ao trabalho por motivo de doença. Demonstrou-se, ainda, que há diferenças entre aqueles que se ausentam por doença física ou mental, indicando fatores que devem ser melhores investigados. Tais pontos são importantes a fim de direcionar ações de prevenção de doenças ocupacionais no cenário estudado. Sobre o fenômeno do absenteísmo-doença, também se apontou que a medida de autorrelato pode ser útil para estudos em que o acesso aos dados administrativos de ausência ao trabalho seja mais difícil.

Outro indicador de saúde investigado neste estudo foi a percepção de estilo de vida. Os resultados demonstraram que este construto é influenciado pelo estresse relacionado ao trabalho, pelas dimensões *Acaso* e *Outros Poderosos* do *locus* de controle da saúde e pela autopercepção de saúde do indivíduo, com destaque para autoavaliação de saúde mental. Ressalta-se, por isso, a interface entre estilo de vida e o campo da saúde mental, relação esta que precisa ser mais bem investigada a fim de direcionar ações de promoção de saúde no âmbito do trabalho. Ademais, a escolaridade também é um fator que se associa com a escolha por um estilo de vida saudável, apontando provavelmente a necessidade de mais facilidade de acesso a informações de saúde para estratos menos escolarizados.

A partir dos achados do presente estudo, fazem-se algumas considerações acerca de aspectos que podem se associar aos resultados, mas que não foram examinados nesta pesquisa, e recomenda-se que sejam integrados em futuras investigações. Por exemplo, questões em relação a conflitos trabalho-família, violência, tempo de jornada e fragilização dos coletivos de trabalho, talvez impactem nos processos de saúde e adoecimento dos trabalhadores. Além disso, crenças relacionadas ao *locus* de controle apresentaram associação significativa, porém fracas, e por isso outras características individuais devem ser investigadas em futuros estudos. Outro ponto de alerta é a pandemia por COVID-19, que iniciou no Brasil no último mês de coleta dos dados. Conforme análise, avaliou-se que tal contexto não impactou os dados. Porém, intensas transformações dos modelos de trabalho ocorreram a

partir desta crise mundial, inclusive no serviço público universitário, o que pode trazer efeitos diversos dos apontados aqui, principalmente sobre o absenteísmo-doença e o estilo de vida dos servidores. Reforça-se que o presente estudo enfoca um problema, a ausência ao trabalho por motivo de doença, que tende a ser obscurecido pela pandemia e pelo trabalho remoto, jogando luz sobre esse importante indicador de adoecimento do trabalhador.

Como referido no primeiro capítulo, este estudo se pauta dentro do campo da Psicologia da Saúde Ocupacional e seus resultados trazem implicações importantes para a área. Por exemplo, o estresse laboral, em decorrência dos riscos psicossociais do trabalho, contribui para o absenteísmo-doença e sua gravidade, bem como se associa negativamente com a adoção de um estilo de vida saudável. Frente a esse e demais resultados, como a Psicologia da Saúde Ocupacional pode exercer seu escopo de prevenir acidentes e doenças ocupacionais e auxiliar na promoção de saúde do trabalhador no cenário estudado? Neste sentido, informações sobre os processos de saúde e de doença de uma população de servidores federais universitários foram levantadas e intervenções a partir desses insumos podem ser desenvolvidas com base mais consistente. Reforça-se que a saúde ocupacional é um campo dinâmico e complexo, e captar os inúmeros fatores que impactam os processos de saúde e de adoecimento do trabalhador exige atenção a distintas perspectivas, buscando sempre integrar um olhar biopsicossocial aos diferentes âmbitos de saúde individual, coletiva e organizacional. Ademais, cada contexto de trabalho terá suas particularidades. Dito isso, ressalta-se o cuidado em não generalizar os resultados da amostra estudada para populações distintas de trabalhadores, tendo em vista especificidades do cenário de serviço público universitário.

REFERÊNCIAS

- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M., & Sterud, T. (2014). Work-Related Psychosocial Risk Factors for Long-Term Sick Leave: A Prospective Study of the General Working Population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(8), 787–793. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000212>
- Almodóvar-Carretón, M. J., Pérez-Bermúdez, B., Jaureguizar-Cervera, E., Pérez-Perdomo, M., Coca Simón, P., & García-Cebrián, M. (2017). Estudio del absentismo laboral de los celadores en un hospital de agudos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(248), 225-234.
- Amim, E. F., Daher, D. V., Brito, I. da S., Cursino, E. G., Teixeira, E. R., Koopmans, F. F., & Faria, M. G. de A. (2020). Estilo de vida e promoção à saúde de docentes universitários. *Research, Society and Development*, 9(9), e593997507–e593997507. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7507>
- Amiri, S., & Behnezhad, S. (2020). Association between job strain and sick leave: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Public Health*, 185, 235-242. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.023>
- Andrade, G. F. D., Loch, M. R., & Silva, A. M. R. (2019). Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). *Cadernos de Saúde Pública*, 35. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00151418>
- Andrade, R. D., Ferrari Junior, G. J., Capistrano, R., Teixeira, C. S., Silva Beltrame, T., & Pereira Gomes Felden, E. (2017). Absenteísmo na Indústria está Associado com o Trabalho em Turnos e com Problemas no Sono. *Ciencia & trabalho*, 19(58), 35-41. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100035>
- Arango, H. G. (2009). *Bioestatística teórica e computacional*. 3ed. Guanabara Koogan.
- Attridge, M. (2019). A global perspective on promoting workplace mental health and the role of employee assistance programs. *American Journal of Health Promotion*, 33(4), 622-629. <http://dx.doi.org/10.1177/0890117119838101c>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., De Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of vocational behavior*, 62(2), 341-356. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00030-1](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00030-1)
- Basso, C. (2020). *O impacto do suporte organizacional e do suporte à aprendizagem no engajamento no trabalho e nos danos físicos e psicossociais relacionados ao trabalho: o*

- caso de uma Instituição Federal de Ensino Superior*. [Dissertação de Mestrado]. Escola de Engenharia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://hdl.handle.net/10183/212223>
- Bastos, M. L. A., Junior, G. B. D. S., Domingos, E. T. C., Araújo, R. M. O. D., & Santos, A. L. D. (2018). Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16(1), 53-59.
- Becerril, A. S. (2015). Salud, burnout y estrés en ámbitos laborales. Una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 25(2), 14–155. <https://doi.org/10.25009/pys.v25i2.1815>
- Beehr, T. A. (2019). Interventions in occupational health psychology. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 1-3. <http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000140>
- Bolton, D. & Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: new philosophical and scientific developments*. Switzerland: Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0>
- Breslow, L. & Enstrom, J.E. (1980). Persistence of Health Habits and Their Relationship to Mortality. *Preventive Medicine*, 9(4), p. 469-483. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(80\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0091-7435(80)90042-0)
- Brunner, B., Iqic, I., Keller, A. C., & Wieser, S. (2019). Who gains the most from improving working conditions? Health-related absenteeism and presenteeism due to stress at work. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 20(8), 1165–1180. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01084-9>
- Buckley, J. P., Hedge, A., Yates, T., Copeland, R. J., Loosemore, M., Hamer, M., Bradley, G., & Dunstan, D. W. (2015). The sedentary office: an expert statement on the growing case for change towards better health and productivity. *British journal of sports medicine*, 49(21), 1357–1362. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094618>
- Bueno Castro, D. D., & Muñoz Sánchez, A. I. (2016). La participación en programas de promoción de la salud: Caso de una universidad de Bogotá. *Salud de los Trabajadores*, 24(1), 5-15.
- Burgard, S. A., & Lin, K. Y. (2013). Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities. *American Behavioral Scientist*, 57(8), 1105–1127. <https://doi.org/10.1177/0002764213487347>
- Burholt, V., & Nash, P. (2011). Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: Normative data for Wales. *Journal of Public Health*, 33(4), 587-603. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr006>

- Byrne, D. W., Rolando, L. A., Aliyu, M. H., McGown, P. W., Connor, L. R., Awalt, B. M., ... & Yarbrough, M. I. (2016). Modifiable healthy lifestyle behaviors: 10-year health outcomes from a health promotion program. *American journal of preventive medicine*, 51(6), 1027-1037. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.012>
- Cabral, J. S. (2019). *Características do trabalho e sua associação com desfechos de peso e adiposidade: estudo transversal de base populacional* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recuperado em 30/08/20 de <http://hdl.handle.net/1843/ENFC-BDXJE5>
- Caldwell, J. A., Caldwell, J. L., Thompson, L. A., & Lieberman, H. R. (2019). Fatigue and its management in the workplace. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 96, 272–289. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.10.024>
- Câmara, S. G. & Carlotto, M.S.(2017). Riesgos psicosociales asociados con el síndrome de burnout en profesores universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 447-457. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4036>
- Campos, T., Vêras, R. M., & Araújo, T. M. de. (2020). Trabalho docente em universidades públicas brasileiras e adoecimento mental. *Revista Docência Do Ensino Superior*, 10, 1-19. <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.15193>
- Castillo Rascón, M. S., Castro Olivera, C., Sánchez, A., Ceballos, B. H., Pianesi, M. E., Malarczuk, C., Bonneau, G. A., Albrekt, A. L., Bollati, E., & Sánchez, A. (2016). Ausentismo laboral y factores de riesgo cardiovascular en empleados públicos hospitalarios. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, 50(1), 37–44.
- Çepni, S., & Kitiş, Y. (2017). Relationship between healthy lifestyle behaviors and health locus of control and health-specific self-efficacy in university students. *Japan journal of nursing science : JJNS*, 14(3), 231–239. <https://doi.org/10.1111/jjns.12154>
- Contoyannis P. & Jones A.M. (2004) Socio-economic status, health and lifestyle. *Journal Health Economics*, 23, p. 965–95. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.02.001>
- Corrao, C. R., Mazzotta, A., La Torre, G., & De Giusti, M. (2012). Biological risk and occupational health. *Industrial health*, 50(4), 326–337. <https://doi.org/10.2486/indhealth.ms1324>
- Coutinho, L., Scazufca, M., & Menezes, P. R. (2008). Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 992-998.

- Damásio, B. F., Andrade, T. F., Koller, S. H. (2015). Psychometric Properties of the Brazilian 12-Item Short-Form Health Survey Version 2 (SF-12v2). *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 25(60), 29–37. <https://doi.org/10.1590/1982-43272560201505>
- Decreto 6833 de 29 de abril de 2019. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Recuperado em 15/12/2020: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6833.htm
- Dias, J., Dusmann Junior, M., Costa, M. A. R., Francisqueti, V., & Higarashi, I. H. (2017). Prática de atividade física em docentes do ensino superior: foco na qualidade de vida. *Escola Anna Nery*, 21(4).
- Dieker, A. C., IJzelenberg, W., Proper, K. I., Burdorf, A., Ket, J. C., van der Beek, A. J., & Hulsege, G. (2019). The contribution of work and lifestyle factors to socioeconomic inequalities in self-rated health – a systematic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 45(2), 114–125. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3772>
- Dijkstra, M. T. M., Beersma, B., & Evers, A. (2011). Reducing conflict-related employee strain: The benefits of an internal locus of control and a problem-solving conflict management strategy. *Work & Stress*, 25(2), 167–184. <https://doi.org/10.1080/02678373.2011.593344>
- Edwards, J. A., Webster, S., Laar, D. V., & Easton, S. (2008). Psychometric analysis of the UK Health and Safety Executive's Management Standards work-related stress Indicator Tool. *Work & Stress*, 22(2), 96–107. <https://doi.org/10.1080/02678370802166599>
- Eib, C., Bernhard-Oettel, C., Magnusson Hanson, L. L., & Leineweber, C. (2018). Organizational justice and health: Studying mental preoccupation with work and social support as mediators for lagged and reversed relationships. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(4), 553-567. <http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000115>
- Eriksson, H. G., von Celsing, A. S., Wahlström, R., Janson, L., Zander, V., & Wallman, T. (2008). Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. *BMC Public Health*, 8(1), 426. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-426>
- Espírito Santo, H., & Daniel, F. (2017). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (2): Guia para reportar a força das relações. *Portuguese Journal of Behavioral and Social Research*, 3(1), 53-64.
- Fernandes, I. M. D. C., Ribeiro, A. M., Gomes, R. L., Lopes, J. S. S., Vanderlei, L. C. M., & Lorençoni, R. M. R. (2019). Níveis de ansiedade, depressão e estresse em funcionários

- de uma instituição de ensino superior pública do interior do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 17(4), 530-536.
- Ferreira, R. C., Griep, R. H., Fonseca, M. D. J. M. D., & Rotenberg, L. (2012). Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 259-268. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000018>
- Fiorezi, J. M. S. (2013). *Saúde autorreferida de docentes e servidores técnico-administrativos de uma universidade pública da região Sudeste* [Dissertação de Mestrado em Saúde e Nutrição]. Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto. Recuperado em 30/08/2020 de: <http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/3349>
- Fitzgerald, S., Kirby, A., Murphy, A., & Geaney, F. (2016). Obesity, diet quality and absenteeism in a working population. *Public health nutrition*, 19(18), 3287–3295. <https://doi.org/10.1017/S1368980016001269>
- Fodor, D. P., Antoni, C. H., Wiedemann, A. U., & Burkert, S. (2014). Healthy eating at different risk levels for job stress: Testing a moderated mediation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(2), 259-267. <https://doi.org/10.1037/a0036267>
- Fonseca, I. S. S., & Moura, S. B. (2008). Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Psicologia para América Latina*, (15) Recuperado em 02 de agosto de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000400012&lng=pt&tlng=pt.
- Freitas, A. M. C., Araújo, T. M. D., & Fischer, F. M. (2020). Psychosocial Aspects at work and the Quality of Sleep of Professors in Higher Education. *Archives of environmental & occupational health*, 75(5), 297-306. [10.1080/19338244.2019.1657378](https://doi.org/10.1080/19338244.2019.1657378)
- Frooman, J., Mendelson, M. B., & Murphy, J. K. (2012). Transformational and passive avoidant leadership as determinants of absenteeism. *Leadership & Organization Development Journal*, 33(5), 447-463. <http://dx.doi.org/10.1108/01437731211241247>
- García, M. M., Iglesias, S., Saleta, M., & Romay, J. (2016). Riesgos psicosociales en el profesorado de enseñanza universitaria: diagnóstico y prevención. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 32(3), 173-182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpto.2016.07.001>
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(2), 237-241. Recuperado em 06 de agosto de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200012&lng=es&tlng=es.

- Graf, S., & Cecchini, M. (2018). Identifying patterns of unhealthy diet and physical activity in four countries of the Americas: A latent class analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e56. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.56>
- Griep, R. H., Nobre, A. A., Alves, M. G., da Fonseca, M., Cardoso, L., Giatti, L., Melo, E. C., Toivanen, S., & Chor, D. (2015). Job strain and unhealthy lifestyle: results from the baseline cohort study, Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC public health*, 15, 309. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1626-4>
- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., & Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: results from a nationally representative survey. *Psychology, health & medicine*, 16(2), 129-140. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.521570>
- Guimarães, M. C. (2009). Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 34(120), 163-171. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572009000200007>
- Günüşen, N. P., Üstün, B., & Erdem, S. (2014). Work stress and emotional exhaustion in nurses: The mediating role of internal locus of control. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 28(3), 260–268. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.28.3.260>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados - 6ed.* Bookman.
- Hallman, D. M., Holtermann, A., Björklund, M., Gupta, N., & Rasmussen, C. D. N. (2019). Sick leave due to musculoskeletal pain: determinants of distinct trajectories over 1 year. *International archives of occupational and environmental health*, 92(8), 1099-1108. <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01447-y>
- Hassard, J., & Cox, T. (2011). Work-related stress: Nature and management. *OSHWiki*. Recuperado em 06 de agosto de 2020 de http://oshwiki.eu/index.php?title=Work-related_stress:_Nature_and_management&oldid=243733.
- Helmer, S. M., Krämer, A., & Mikolajczyk, R. T. (2012). Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC research notes*, 5, 703. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-703>
- Hernández, E. G., Jiménez, B. M., & Ladstätter, F. (2013). Resiliencia y salud laboral. In Jiménez, B.M. & Hernández, E.G. (Orgs) *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 343-360). Ediciones Pirámides.
- Hilton, M. F., Sheridan, J., Cleary, C. M., & Whiteford, H. A. (2009). Employee absenteeism measures reflecting current work practices may be instrumental in a re-evaluation of the

- relationship between psychological distress/mental health and absenteeism. *International journal of methods in psychiatric research*, 18(1), 37–47. <https://doi.org/10.1002/mpr.275>
- Hoffmann, R., & Lutz, S. U. (2019). The health knowledge mechanism: evidence on the link between education and health lifestyle in the Philippines. *The European Journal of Health Economics*, 20(1), 27-43. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0950-2>
- Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons.
- Houtman, I., & Jettinghof, K. (2008). Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo: Un riesgo moderno en un ambiente de trabajo tradicional. *World Health Organization, Biblioteca OMS, Revista Protección de la salud de los trabajadores*, (6), 322.
- International Labour Organization (1991). *Enciclopedia de salud, seguridad e higiene en el trabajo*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1991. Recuperado em 21/09/2019: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/Enciclopedia-de-salud-y-seguridad-en-el-trabajo.pdf>
- International Labour Organization (2016). *Workplace Stress: a collective challenge*. Geneva: ILO. Acessado em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
- Ippoliti, F., Corbosiero, P., Canitano, N., Massoni, F., Ricciardi, M. R., Ricci, L., Archer, T., & Ricci, S. (2017). Work- related Stress, over-nutrition and cognitive disability. *La Clinica terapeutica*, 168(1), e42–e47. <https://doi.org/10.7417/CT.2017.1981>
- Jenkins, K. R. (2014). How valid are self-reports of illness-related absence? Evidence from a university employee health management program. *Population health management*, 17(4), 211-217. <https://doi.org/10.1089/pop.2013.0087>
- Jiménez, B. M., & Hernández, E. G. (2013). Salud laboral. Factores y riesgos psicosociales. In Jiménez, B. M., & Hernández, E. G. (Orgs). *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 31-50). Ediciones Pirámides: Madrid, España.
- Johns, G., & Miraglia, M. (2015). The reliability, validity, and accuracy of self-reported absenteeism from work: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(1), 1.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3), 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>

- Kaila-Kangas, L., Koskinen, A., Leino-Arjas, P., Virtanen, M., Härkänen, T., & Lallukka, T. (2018). Alcohol use and sickness absence due to all causes and mental- or musculoskeletal disorders: a nationally representative study. *BMC public health*, *18*(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5059-8>
- Kelsall, H. L., Fernando, P., Gwini, S. M., & Sim, M. R. (2018). Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes Risk Across Occupational Groups and Industry in a Statewide Study of an Australian Working Population. *Journal of occupational and environmental medicine*, *60*(3), 286–294. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001228>
- Keramat, S. A., Alam, K., Gow, J., & Biddle, S. (2020). Gender differences in the longitudinal association between obesity, and disability with workplace absenteeism in the Australian working population. *PloS one*, *15*(5), e0233512. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233512>
- Kottwitz, M. U., Schade, V., Burger, C., Radlinger, L., & Elfering, A. (2018). Time Pressure, Time Autonomy, and Sickness Absenteeism in Hospital Employees: A Longitudinal Study on Organizational Absenteeism Records. *Safety and health at work*, *9*(1), 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.06.013>
- Kudo, Y., Okada, M., Tsunoda, M., Satoh, T. & Aizawa, Y. (2009). Predictors of japanese workers' motivation to use the results of worksite health checkups in their daily health management. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, *219*(3), 231-241. <https://doi.org/10.1620/tjem.219.231>
- Lee, W. L., Tsai, S. H., Tsai, C. W., & Lee, C. Y. (2011). A study on work stress, stress coping strategies and health promoting lifestyle among district hospital nurses in Taiwan. *Journal of occupational health*, *53*(5), 377–383. <https://doi.org/10.1539/joh.11-0054-fs>
- Leineweber, C., Eib, C., Bernhard-Oettel, C., & Nyberg, A. (2020). Trajectories of effort-reward imbalance in Swedish workers: Differences in demographic and work-related factors and associations with health. *Work & Stress*, *34*(3), 238-258. <https://doi.org/10.1080/02678373.2019.1666434>
- Leka, S., & Houdmont, J. (Eds.). (2010). *Occupational health psychology*. Wiley-Blackwell: UK.
- Lopes, S. V., & Silva, M. C. da. (2018). Estresse ocupacional e fatores associados em servidores públicos de uma universidade federal do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*, 3869–3880. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.28682015>

- Lucca, S. R. de, & Sobral, R. C. (2017). Aplicação de instrumento para o diagnóstico dos fatores de risco psicossociais nas organizações. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 15(1), 63–72.
- MacKay, C. J., Cousins, R., Kelly, P. J., Lee, S., & McCaig, R. H. (2004). ‘Management Standards’ and work-related stress in the UK: policy background and science. *Work & Stress*, 18(2), 91-112. <https://doi.org/10.1080/02678370410001727474>
- Magnavita, N., & Garbarino, S. (2017). Sleep, Health and Wellness at Work: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 14(11), 1347. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111347>
- Maia, E. G., Claro, R. M., & Assunção, A. Á. (2019). Multiple exposures to the risk of work absenteeism among Brazilian schoolteachers. Múltiplas exposições ao risco de faltar ao trabalho nas escolas da Educação Básica no Brasil. *Cadernos de saude publica*, 35Suppl 1(Suppl 1), e00166517. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166517>
- Mangiafico, S.S. (2016). *Summary and Analysis of Extension Program Evaluation in R, version 1.18.1*. R Companion rcompanion.org/handbook/
- Marques, V.R. (2017). *Perfil epidemiológico do absenteísmo-doença em uma Instituição Pública de Ensino Superior no Rio Grande do Sul*. [Dissertação de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano]. Universidade La Salle. <http://hdl.handle.net/11690/968>
- Martins, M. I. C., Oliveira, S. S., Andrade, E. T. D., Strauzz, M. C., Castro, L. C. F. D., & Azambuja, A. D. (2017). A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1429-1440. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33542016>
- Maruish, M. E. (Ed.). (2012). *User’s manual for the SF-12v2 Health Survey* (3rd ed.). QualityMetric Incorporated.
- Mat Saruan, N., Mohd Yusoff, H., Wan Puteh, S., Mohd Fauzi, M., & Abdul Manaf, M. (2020). Organisational Intervention on Absenteeism Among Workers: A Systematic Review. *Jurnal Pengurusan (UKM Journal of Management)*, 57. Recuperado de <http://ejournals.ukm.my/pengurusan/article/view/29627/10144>
- Mattos, A.I.S., Araújo, T.M., & Almeida, M.G. (2017). Interaction between demand-control and social support in the occurrence of common mental disorders. *Revista de Saúde Pública*, 51. <https://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006446>
- May, D. R., Schwoerer, C. E., Reed, K., & Potter, P. (1997). Employee reactions to ergonomic job design: The moderating effects of health locus of control and self-

- efficacy. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(1), 11-24.
<http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.2.1.11>
- Mendes, N. C. F. (2019). *O absenteísmo nas organizações: um estudo na Administração Pública Federal brasileira*. [Tese de Doutorado em Ciências Contábeis]. Universidade de Brasília. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/38111>
- Minari, M. R. T., & Guimarães, L. A. M. (2019). Impacto da cultura organizacional no desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho em uma universidade pública federal. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 19(2), 616-623. <https://dx.doi.org/10.17652/rpot/2019.2.15580>
- Miraglia, M., & Johns, G. (2020). The Social and Relational Dynamics of Absenteeism from Work: A Multi-Level Review and Integration. *Academy of Management Annals*. <https://doi.org/10.5465/annals.2019.0036>
- Monteiro, M.S., Alexandre, N.C. & Rodrigues, C.M. (2006). Doenças músculo-esqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100003>
- Mota, C. A., Silva, A. K. L. D., & Amorim, K. (2020). Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores técnico-administrativos em educação. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 20(1), 891–898. <https://doi.org/10.17652/rpot/2020.1.17691>
- Mudrak, J., Zabrodska, K., Kveton, P., Jelinek, M., Blatny, M., Solcova, I., & Machovcova, K. (2018). Occupational well-being among university faculty: A job demands-resources model. *Research in Higher Education*, 59(3), 325-348. <https://doi.org/10.1007/s11162-017-9467-x>
- Muñoz, A. & Castro, E. (2010). De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables. *Salud de los Trabajadores*, 18(2), 141-152.
- Nascimento, L. S., Dias, R. M., Dutra, C. D. T., da Silva, L. M. C., Pedrosa, L. N., Araújo, J. S., & Frazão, A. D. G. F. (2015). Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e variáveis sociodemográficas de servidores públicos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(2), 230-239. Recuperado em 21/08/20 de: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40843425012.pdf>
- Navinés, R., Martín-Santos, R., Olivé, V., & Valdés, M. (2016). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Med Clin (Barc)*, 146(8), 359-66. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.11.023>

- Neme, G.S., & Limongi, J. E. (2020). O trabalho docente e a saúde do professor universitário: uma revisão sistemática. *Hygeia - Revista Brasileira De Geografia Médica E Da Saúde*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.14393/Hygeia16049861>
- Noblet, A.J. & Rodwell, J.J. (2010). Workplace Health Promotion. In Leka, S & Houdmont, J. (Orgs). *Occupational Health Psychology*. (1ªed, Cap.6, p.157-192). Chichester: Blackwell
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C., & Murphy, S. (1998). Health Locus of Control and Health Behaviour. *Journal of Health Psychology*, 3(2), 171–180. <https://doi.org/10.1177/135910539800300202>
- Noro, C. P., & Kirchhof, A. L. C. (2004). Prevalência dos transtornos mentais em trabalhadores de instituição federal de ensino superior–RS (1997–1999). *Saúde (Santa Maria)*, 30(1-2), 104-111. <https://doi.org/10.5902/223658346401>
- Nyberg, S. T., Singh-Manoux, A., Pentti, J., Madsen, I. E., Sabia, S., Alfredsson, L., ... & Heikkilä, K. (2020). Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. *JAMA internal medicine*, 180(5), 760-768. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0618
- Oberlinner, C., Yong, M., Nasterlack, M., Pluto, R. P., & Lang, S. (2015). Combined effect of back pain and stress on work ability. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 65(2), 147–153. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu190>
- Oenning, N. S. X., Carvalho, F. M., & Lima, V. M. C. (2014). Fatores de risco para absenteísmo com licença médica em trabalhadores da indústria de petróleo. *Revista de Saúde Pública*, 48, 103-122.
- Oenning, N.S.X., de Goulart, B.N.G., Ziegelmann, P.K. *et al.* (2019) Associations between occupational factors and self-rated health in the national Brazilian working population. *BMC Public Health*, 19(1381). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7746-5>
- Oftedal, S., Kolt, G. S., Holliday, E. G., Stamatakis, E., Vandelanotte, C., Brown, W. J., & Duncan, M. J. (2019). Associations of health-behavior patterns, mental health and self-rated health. *Preventive medicine*, 118, 295–303. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.11.017>
- Oliveira, A. D. S. D., Pereira, M. D. S., & Lima, L. M. D. (2017). Trabalho, produtividade e adoecimento dos docentes nas universidades públicas brasileiras. *Psicologia Escolar e Educacional*, 21(3), 609-619. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2017/0213111132>
- Organização Mundial da Saúde (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. Charter for action presented at the first international conference on health promotion*. Ottawa,

- Canada: World Health Organization (WHO). Recuperado em 21/09/2019: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- Organização Mundial da Saúde (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO. Acessado em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción. Para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pacico, J.C., Sabino, G.C, Santos, M.Z. & Vazquez, A.C. (2020). Como utilizar a avaliação de recursos pessoais positivos na prevenção do absentéismo no trabalho. In Hutz, C.S., Bandeira, D.R., Trentini, C.M. & Vazquez (Orgs.) *Avaliação psicológica no contexto organizacional e do trabalho*. (1ªed, Cap.6, p.86-99). Porto Alegre: Artmed.
- Parkes, K. R. (1987). Relative weight, smoking, and mental health as predictors of sickness and absence from work. *Journal of Applied Psychology*, 72(2), 275-286. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.72.2.275>
- Patrão, A. L., da Conceição Almeida, M., Matos, S. M. A., Chor, D., & Aquino, E. M. (2017). Gender and psychosocial factors associated with healthy lifestyle in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(8), e015705. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015705>
- Pavalache-Ilie, M., & Ursu, G. (2016). Burnout, locus of control and job satisfaction. A study on high school teachers. *Bull Transilvani*, 9(1), 167-72. Recuperado em 05 de agosto de 2020, de http://webbut.unitbv.ro/Bulletin/Series%20VII/MAN/21_Pavalache.pdf
- Pena Gralle, A., Barbosa Moreno, A., Lopes Juvanhol, L., Mendes da Fonseca, M. J., Prates Melo, E. C., Antunes Nunes, M. A., Toivanen, S., & Griep, R. H. (2017). Job strain and binge eating among Brazilian workers participating in the ELSA-Brasil study: does BMI matter?. *Journal of occupational health*, 59(3), 247–255. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0157-OA>
- Pereira, A. C. L., Souza, H. A., Lucca, S. R. de, Iguti, A. M.(2020). Fatores de riscos psicossociais no trabalho: Limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000035118>
- Pereira, I. F. D. S., Gonzaga, M. R., & Lyra, C. D. O. (2019). Indicador multidimensional de fatores de risco relacionados ao estilo de vida: aplicação do método Grade of

- Membership. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00124718. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124718>
- Pereira, M., Comans, T., Sjøgaard, G., Straker, L., Melloh, M., O'Leary, S., Chen, X., & Johnston, V. (2019). The impact of workplace ergonomics and neck-specific exercise versus ergonomics and health promotion interventions on office worker productivity: A cluster-randomized trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 45(1), 42–52. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3760>
- Pinheiro, J. P., Sbicigo, J. B., & Remor, E. (2020). Associação da empatia e do estresse ocupacional com o burnout em profissionais da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3635-3646. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.30672018>
- Pinho, P. D. S., & Araújo, T. M. D. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), 560-572.
- Pinto, C. M. B. (2019). *Absenteísmo-doença dos servidores de uma instituição de ensino federal no estado de minas gerais* [Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde]. Universidade Federal de Viçosa. <https://locus.ufv.br/handle/123456789/26973>
- Pons Rotger, G., & Rosholm, M. (2020). *The Role of Beliefs in Long Sickness Absence: Experimental Evidence from a Psychological Intervention* (No. 13582). Institute of Labor Economics (IZA). <http://hdl.handle.net/10419/224024>
- Portaria normativa nº 03 de 25 de março de 2013*. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC. Recuperado em 23 de julho de 2019 em: <https://legis.sigepe.planejamento.gov.br/legis/detalhar/9279>
- Portes, L. (2018). Número de componentes do estilo de vida saudável, mortalidade e expectativa de vida. *Life Style*, 5(2), 77-89. <https://doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v5.n2.p77-89>
- Pôssas, N. S. P. D., Meirino, M. J., & Pacheco, M. V. (2019). Proposição de ações para implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do servidor público federal: estudo de caso na Universidade Federal Fluminense. *Sistemas & Gestão*, 14(3), 323-334. <https://doi.org/10.20985/1980-5160.2019.v14n3.1507>
- Ptáček, R., Vňuková, M., & Raboch, J. (2017). Work-related stress and mental health - can work lead to mental disorders?. *Casopis lekaru ceskych*, 156(2), 81–87.
- Rabacow, F. M. (2015). *Estilo de vida de trabalhadores, absenteísmo e gastos com serviços de saúde* [Tese de Doutorado]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São

- Paulo. doi:10.11606/T.5.2015.tde-13052015-082521. Retrieved 27/09/2020, from www.teses.usp.br
- Rabacow, F. M., Levy, R. B., Menezes, P. R., do Carmo Luiz, O., Malik, A. M., & Burdorf, A. (2014). The influence of lifestyle and gender on sickness absence in Brazilian workers. *BMC public health*, *14*(1), 317. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-317>
- Ramos, L. de F. de C., & Macêdo, K. B. (2018). Reflexões sobre o adoecimento dos servidores técnico-administrativos em educação. *Argumentum*, *10*(3), 107-122. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.16911>
- Rascón, M. S. C., Olivera, C. C., Sánchez, A., Ceballos, B. H., Pianesi, M. E., Malarczuk, C., ... & Sánchez, A. (2016). Ausentismo laboral y factores de riesgo cardiovascular en empleados públicos hospitalarios. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, *50*(1), 37-44.
- Reis, R. S. (2005). *Comportamentos de risco à saúde e percepção de estresse dos professores universitários das IFES do sul do Brasil* [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Recuperado em 10/09/2020 de <http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/102261>
- Reknes, I., Visockaite, G., Liefoghe, A., Lovakov, A., & Einarsen, S. V. (2019). Locus of Control Moderates the Relationship Between Exposure to Bullying Behaviors and Psychological Strain. *Frontiers in psychology*, *10*, 1323. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01323>
- Requena, F. (2003). Social capital, satisfaction and quality of life in the workplace. *Social indicators research*, *61*(3), 331-360. <https://doi.org/10.1023/A:1021923520951>
- Ribeiro, C. S. V. (2012). O trabalho do técnico-administrativo em instituições federais de ensino superior: análise do cotidiano e implicações na saúde. *Revista de Políticas Públicas*, 423-431. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3211/321131651046>
- Rodríguez, M., Ahumada, J. H. T., Monte, P. R. G., Cruz, J. S., & Tomasini, G. A. (2018). Trabajo emocional y estresores laborales como predictores de ansiedad y depresión en profesores universitarios mexicanos. *Informació psicològica*, (115), 93-106.
- Rodriguez-Añez, C.R., Reis, R.S. & Petroski, E.L. (2008). Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. *Arq Bras Cardiologia*, *91*(2), p.102-109. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400006>

- Rodríguez-Rosero JE, Ferriani MGC, Dela Coleta MF. Escala de locus de controle da saúde - MHLIC: estudos de validação. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(2), p.179-84 <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000200009>
- Roelen, C. A., Heymans, M. W., Twisk, J. W., Laaksonen, M., Pallesen, S., Magerøy, N., ... & Bjorvatn, B. (2015). Health measures in prediction models for high sickness absence: single-item self-rated health versus multi-item SF-12. *The European Journal of Public Health*, 25(4), 668-672. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku192>
- Rongen, A., Robroek, S.J.W., Burdof, A. (2014). The importance of internal health beliefs for employees' participation in health promotion programs. *Preventive Medicine*, 67, p. 330-334. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.037>
- Rongen, A., Robroek, S.J.W., Lenthe, F.J., Burdorf, A. (2013). Workplace Health Promotion: A Meta-Analysis of Effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 44 (4), p. 406-415. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.12.007>
- Rugulies, R., Hasle, P., Pejtersen, J. H., Aust, B., & Bjorner, J. B. (2016). Workplace social capital and risk of long-term sickness absence. Are associations modified by occupational grade?. *The European Journal of Public Health*, 26(2), 328-333. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv244>
- Sampaio E., Baptista J.S. (2019) Absenteeism of Public Workers—Short Review. In: Arezes P. et al. (eds) *Occupational and Environmental Safety and Health. Studies in Systems, Decision and Control*, vol 202. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14730-3_37
- Santa-Marinha, M.S., Teixeira, L.R., Maciel, E.S. & Moreira, M.R. (2018). Avaliação das licenças para tratamento de saúde após implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor na FIOCRUZ: quadriênio 2012–2015. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16(1), 67-70. <http://doi.org/10.5327/Z1679443520180080>
- Santana-Cárdenas, S. (2016). Relación del estrés laboral con la conducta alimentaria y la obesidad: Consideraciones teóricas y empíricas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(2), 135-143. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.07.002>
- Santi, D.B., Barbieri, A. R., Cheade, M.F.M. (2018). Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de medicina do trabalho*, 16(1), 71-81. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520180084>
- Santos, A. D. S., Fagundes, J., & Zaffalon Junior, J. R. (2019). Impacto do estilo de vida sobre o estresse percebido de professores hipertensos e normotensos. *Rev. Salusvita (Online)*, 289-306.

- Santos, I. S., Griep, R. H., Alves, M. G., Goulart, A. C., Lotufo, P. A., Barreto, S. M., Chor, D., & Benseñor, I. M. (2014). Job stress is associated with migraine in current workers: the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *European journal of pain (London, England)*, *18*(9), 1290–1297. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2014.489.x>
- Santos, K. D., Kupek, E., Cunha, J. C. C. B., & Blank, V. L. G. (2011). Absenteísmo-doença, modelo demanda-controle e suporte social: um estudo caso-controle aninhado em uma coorte de trabalhadores de hospitais, Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *14*(4), 609-619.
- Schmidt, B., Schneider, M., Seeger, P., van Vianen, A., Loerbroks, A., & Herr, R. M. (2019). A Comparison of Job Stress Models: Associations With Employee Well-Being, Absenteeism, Presenteeism, and Resulting Costs. *Journal of occupational and environmental medicine*, *61*(7), 535–544. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001582>
- Schmitt, A., Belschak, F. D., & Den Hartog, D. N. (2017). Feeling vital after a good night's sleep: The interplay of energetic resources and self-efficacy for daily proactivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, *22*(4), 443-454. <http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000041>
- Schonfeld, I. S., & Chang, C. H. (2017). *Occupational health psychology*. Springer Publishing Company.
- Schopp, L. H., Bike, D. H., Clark, M. J., & Minor, M. A. (2015). Act Healthy: promoting health behaviors and self-efficacy in the workplace. *Health education research*, *30*(4), 542–553. <https://doi.org/10.1093/her/cyv024>
- Schurer, S. (2017). Bouncing back from health shocks: Locus of control and labor supply. *Journal of Economic Behavior & Organization*, *133*, 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2016.10.019>
- Seib, C., Whiteside, E., Lee, K., Humphreys, J., Tran, T. H., Chopin, L., & Anderson, D. (2014). Stress, lifestyle, and quality of life in midlife and older Australian women: results from the Stress and the Health of Women Study. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, *24*(1), e43–e52. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.11.004>
- Shaughnessy, J.J., Zechmeister, E.B. & Zechmeister, J.S. (2012). *Metodologia de Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: AMGH. 9ª ed.

- Shearer, J., Graham, T. E., & Skinner, T. L. (2016). Nutra-ergonomics: influence of nutrition on physical employment standards and the health of workers. *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme*, 41(6 Suppl 2), S165–S174. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0531>
- Silla, J. M. P., & Rodríguez, E. M. L. (2013). Estrés laboral: nuevas y viejas fórmulas. In Jiménez, B. M., & Hernández, E. G. (2013). *Salud laboral: riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*. Ediciones Pirámides: Madrid, España.
- Silveira, R. C. da P., Ribeiro, I. K. da S., Teixeira, G. S., Teixeira, L. N., & Sousa, P. H. A. (2017). Estilo de vida e saúde de docentes de uma instituição de ensino pública. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 7(4), 601–614. <https://doi.org/10.5902/2179769224713>
- Sim, J., & Wright, C. C. (2005). The kappa statistic in reliability studies: use, interpretation, and sample size requirements. *Physical therapy*, 85(3), 257-268.
- Sousa, C. C., Araújo, T. M., Lua, I., & Gomes, M. R. (2019). Occupational stress and job dissatisfaction with health work. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0132-5>
- Souza, S. A. D. (2012). *Transformações do Trabalho no Serviço Público: O Caso dos Técnicos em Educação do IFES* [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais. Recuperado em 27/08/20 de: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/3064>
- Stapelfeldt, C. M., Jensen, C., Andersen, N. T., Fleten, N., & Nielsen, C. V. (2012). Validation of sick leave measures: self-reported sick leave and sickness benefit data from a Danish national register compared to multiple workplace-registered sick leave spells in a Danish municipality. *BMC public health*, 12(1), 661.
- Straub, R.O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed. 3ª ed.
- Sudholz, B., Salmon, J. & Mussap, A.J. (2018). Workplace health beliefs concerning physical activity and sedentary behavior. *Occupational Medicine*, 68, 631-634. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy143>
- Teichler U., Arimoto A., Cummings W.K. (2013) Introduction. In: The Changing Academic Profession. The Changing Academy – The Changing Academic Profession in International Comparative Perspective, vol 1. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6155-1_1
- Telles, L. L., Klein, V. F., Ribeiro, I. A. C., Oliveira, V. G. Gomes, V. C. Werlang, E., ... & Castro, D. S. (2019). O Projeto de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores da

- Universidade Federal do Rio de Janeiro-Prasmet: 20 anos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000004218>
- Tomczak, M., & Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size. *Trends in Sport Sciences*, 21(1).
- Tundis, A. G. O., & Monteiro, J. K. (2018). Ensino superior e adoecimento docente: um estudo em uma universidade pública. *Psicologia da Educação. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação*. ISSN 2175-3520, (46). Recuperado de <http://revistas.pucsp.br/psicoeduca/article/view/39139/26512>
- Ulutasdemir, N., Kilic, M., Zeki, Ö., & Begendi, F. (2015). Effects of Occupational Health and Safety on Healthy Lifestyle Behaviors of Workers Employed in a Private Company in Turkey. *Annals of global health*, 81(4), 503–511. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2015.08.018>
- van Den Berg, S., Burdorf, A., & Robroek, S. J. (2017). Associations between common diseases and work ability and sick leave among health care workers. *International archives of occupational and environmental health*, 90(7), 685-693. <https://doi.org/10.1007/s00420-017-1231-1>
- Vasconcelos-Rocha, S., Squarcini, C. F., Paixão-Cardoso, J., & Oliveira-Farias, G. (2016). Características ocupacionais e estilo de vida de professores em um município do nordeste brasileiro [Occupational characteristics and lifestyle of teachers in a city of northeast Brazil]. *Revista de salud publica (Bogota, Colombia)*, 18(2), 214–225. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n2.47636>
- Vazquez, A. C. S., Pianezolla, M., & Hutz, C. S. (2018). Assessment of psychosocial factors at work: A systematic review. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 35(1), 5-13.
- Vignoli, M., Muschalla, B., & Mariani, M. G. (2017). Workplace Phobic Anxiety as a Mental Health Phenomenon in the Job Demands-Resources Model. *BioMed research international*, 2017, 3285092. <https://doi.org/10.1155/2017/3285092>
- Villaume, K., & Hasson, D. (2017). Employee health-relevant personality traits are associated with the psychosocial work environment and leadership. *International journal of occupational and environmental health*, 23(1), 25–39. <https://doi.org/10.1080/10773525.2017.1386385>
- Virtanen, M., Ervasti, J., Head, J., Oksanen, T., Salo, P., Pentti, J., ... & Vahtera, J. (2018). Lifestyle factors and risk of sickness absence from work: a multicohort study. *The Lancet Public Health*, 3(11), e545-e554.

- Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Anema, J. R., van Mechelen, W., Beekman, A. T. F., van Marwijk, H. W. J., & Penninx, B. W. J. H. (2013). The associations between personality characteristics and absenteeism: A cross-sectional study in workers with and without depressive and anxiety disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(3), 309–317. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9406-9>
- Wallston, K.A. (2005). The validity of the multidimensional health locus of control scales. *Journal of Health Psychology*, 10(4), 623-631. <https://doi.org/10.1177/135Y105305055304>
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Walsh R. (2011). Lifestyle and mental health. *The American psychologist*, 66(7), 579–592. <https://doi.org/10.1037/a0021769>
- Ware, J. E., Jr., Kosinski, M., & Keller S. D. (1996). A 12-item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Ware, J., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Wilson, D.M. & Ciliska, D. (1984). Lifestyle Assessment: developments and use of the FANTASTIC Checklist. *Canadian Family Physician*, 30, 1527-1532.
- Winkler, E., Chastin, S., Eakin, E. G., Owen, N., Lamontagne, A. D., Moodie, M., Dempsey, P. C., Kingwell, B. A., Dunstan, D. W., & Healy, G. N. (2018). Cardiometabolic Impact of Changing Sitting, Standing, and Stepping in the Workplace. *Medicine and science in sports and exercise*, 50(3), 516–524. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001453>
- Xu, W., Hang, J., Guo, L., Zhao, Y., Li, Z., & Gao, W. (2012). Plasma fibrinogen: a possible link between job stress and cardiovascular disease among Chinese workers. *American journal of industrial medicine*, 55(2), 167–175. <https://doi.org/10.1002/ajim.21017>
- Zamai, C. A., Bankoff, A. D. P., & Moraes, M. A. A. (2012). Levantamento do índice de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre servidores da UNICAMP. *Conexões*, 10(1), 103-120. <https://doi.org/10.20396/conex.v10i1.8637692>
- Zaman, R., Hankir, A., & Jemni, M. (2019). Lifestyle Factors and Mental Health. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 3), 217–220.

Zare, R., Choobineh, A., Keshavarzi, S. (2016). Relationship Between Occupational Stress Dimensions and Sickness Absence Among a Gas Company Employees. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, 4(3), 115-120.

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

<p>UFRGS - INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p>	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A relação entre fatores biopsicossociais e absenteísmo-doença em servidores públicos de uma universidade federal

Pesquisador: EDUARDO AUGUSTO REMOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27808619.6.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.807.786

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

<p>UFRGS - INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p>	
---	---

Continuação do Parecer: 3.807.786

PORTO ALEGRE, 23 de Janeiro de 2020

Assinado por:

Jerusa Fumagalli de Salles
(Coordenador(a))

Anexo B – Escala FANTASTIC

Instruções: Coloque um X na alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no mês passado.

Comportamento com família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Dou e recebo afeto.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade Física	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Nutrição	Como uma dieta balanceada (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos.	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável.	Mais de 8 kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg
Uso de cigarros e drogas	Fumo cigarros.	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos cinco anos
	Uso drogas como maconha e cocaína.	Algumas vezes				Nunca
	Abuso de remédios ou exagero.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas").	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
Consumo de Álcool	Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (ver explicação).	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Dirijo após beber.	Algumas vezes				Nunca
Sono, uso de cinto de segurança, estresse e sexo seguro.	Durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Uso cinto de segurança.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Pratico sexo seguro (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Comportamento	Aparento estar com pressa.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase sempre

			freqüência			nunca
	Sinto-me com raiva e hostil.	Quase sempre	Com relativa freqüência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Introspecção	Penso de forma positiva e otimista.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa freqüência	Quase sempre
	Sinto-me tenso e desapontado.	Quase sempre	Com relativa freqüência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me triste e deprimido.	Quase sempre	Com relativa freqüência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa freqüência	Quase sempre

Instruções: Pessoas diferentes necessitam de diferentes quantidades de comida. A quantidade de comida necessária por dia dos quatro grupos de alimentos depende da idade, do tamanho corporal, do nível de atividade física, do sexo e do fato de estar grávida ou amamentando. A tabela a seguir apresenta o número de porções mínimo e máximo de cada um dos grupos. Por exemplo, crianças podem escolher o número menor de porções, ao passo que adolescentes do sexo masculino podem optar por um número maior de porções. Para a maioria das pessoas, o número intermediário será suficiente.

Grãos e cereais	Frutas e vegetais	Derivados do leite	Carnes e semelhantes	Outros alimentos
Escolha, com maior freqüência, grãos integrais e produtos enriquecidos.	Escolha, com maior freqüência, vegetais verde-escuros e alaranjados.	Escolha produtos com baixo conteúdo de gordura.	Escolha, com maior freqüência, carnes magras, aves e peixes, assim como ervilhas, feijão e lentilha.	Outros alimentos que não estão em nenhum dos grupos apresentam altos teores de gordura e calorias, e devem ser usados com moderação.
Porções recomendadas por dia				
5-12	5-10	Crianças (4-9 anos) 2-3 Jovens (10-16 anos) 3-4 Adultos 2-4 Grávidas e amamentando 3-4	2-3	
<p><i>Álcool - 1 dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 curto (42 ml); Sexo seguro - Refere-se ao uso de métodos de prevenção de infecção e concepção.</i></p>				

Anexo C - Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC)

Este é um questionário sobre como as pessoas pensam e fazem sobre sua saúde. Para cada frase o(a) senhor(a) deve dizer se está totalmente de acordo, se concorda apenas em parte, se está indeciso, se discorda em parte, ou se discorda totalmente. Não existem respostas certas ou erradas, o que importa são suas opiniões pessoais sobre todas questões.

	Concordo totalmente	Concordo em parte	Estou indeciso	Discordo em parte	Discordo totalmente
1. Se eu ficar doente, a minha recuperação rápida vai depender do meu comportamento.	5	4	3	2	1
2. Não importa o que eu faça, se eu fico doente, eu fico mesmo.	5	4	3	2	1
3. Para mim, a melhor maneira de evitar doenças é fazer consultas regulares com meu médico.	5	4	3	2	1
4. Muitas coisas que afetam minha saúde acontecem por acaso.	5	4	3	2	1
5. Toda vez que eu não me sinto bem de saúde eu consulto um médico.	5	4	3	2	1
6. Eu posso controlar minha saúde.	5	4	3	2	1
7. Se eu estou doente, ou com saúde, minha família tem muito a ver com isso.	5	4	3	2	1
8. Quando eu fico doente, normalmente eu sou o culpado.	5	4	3	2	1
9. A sorte é muito importante para eu me recuperar de uma doença	5	4	3	2	1
10. Quem controla minha saúde são os médicos.	5	4	3	2	1
11. Minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.	5	4	3	2	1
12. A principal coisa que afeta minha saúde é o que eu mesmo faço.	5	4	3	2	1
13. Se eu me cuidar, posso	5	4	3	2	1

evitar doenças.					
14. Quando eu saro de uma doença, em geral foi porque as pessoas cuidaram bem de mim (o médico, a enfermeira, a esposa, a família, os amigos)	5	4	3	2	1
15. Não importa o que eu faça, é sempre possível que eu fique doente.	5	4	3	2	1
16. Se for meu destino, eu terei saúde.	5	4	3	2	1
17. Se eu fizer as coisas certas, eu terei saúde.	5	4	3	2	1
18. Para ter saúde, eu tenho que obedecer ao meu médico.	5	4	3	2	1

Anexo D - HEALTH SAFETY EXECUTIVE - INDICATOR TOOL (HSE-IT)

Distribuição das 35 questões nas respectivas dimensões, conforme Lucca e Sobral (2017).

Demandas	03. As exigências de trabalho feitas por colegas e supervisores são difíceis de combinar 06. Tenho prazos inatingíveis 09. Devo trabalhar muito intensamente 12. Eu não faço algumas tarefas porque tenho muita coisa para fazer 16. Não tenho possibilidade de fazer pausas suficientes 18. Recebo pressão para trabalhar em outro horário 20. Tenho que fazer meu trabalho com muita rapidez 22. As pausas temporárias são impossíveis de cumprir	(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
Controle	02. Posso decidir quando fazer uma pausa 10. Consideram a minha opinião sobre a velocidade do meu trabalho 15. Tenho liberdade de escolha de como fazer meu trabalho 19. Tenho liberdade de escolha para decidir o que fazer no meu trabalho 25. Minhas sugestões são consideradas sobre como fazer meu trabalho 30. O meu horário de trabalho pode ser flexível	(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
Apoio da chefia	08. Recebo informações e suporte que me ajudam no trabalho que eu faço 23. Posso confiar no meu chefe quando eu tiver problemas no trabalho 29. Quando algo no trabalho me perturba ou irrita posso falar com meu chefe 33. Tenho suportado trabalhos emocionalmente exigentes 35. Meu chefe me incentiva no trabalho	(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
Apoio dos colegas	07. Quando o trabalho se torna difícil, posso contar com ajuda dos colegas. 24. Meus colegas me ajudam e me dão apoio quando eu preciso 27. No trabalho os meus colegas demonstram o respeito que mereço 31. Os colegas estão disponíveis para escutar os meus problemas de trabalho	(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
Relacionamentos	05. Falam ou se comportam comigo de forma dura 14. Existem conflitos entre os colegas 21. Sinto que sou perseguido no trabalho 34. As relações no trabalho são tensas	(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
Cargo	01. Tenho clareza sobre o que se espera do meu trabalho 04. Eu sei como fazer o meu trabalho 11. Estão claras as minhas tarefas e responsabilidades 13. Os objetivos e metas do meu setor são claros para mim 17. Eu vejo como o meu trabalho se encaixa nos objetivos da empresa	(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
Comunicação e mudanças	26. Tenho oportunidades para pedir explicações ao chefe sobre as mudanças relacionadas ao meu trabalho. 28. As pessoas são sempre consultadas sobre as mudanças no trabalho 32. Quando há mudanças, faço o meu trabalho com o mesmo carinho	(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Frequentemente (4) Sempre

Anexo E - Short-Form Health Survey (VERSÃO 2) – SF-12V2

Este questionário busca compreender a sua opinião em relação à sua saúde. Essas informações irão ajudar a avaliar como você se sente e o quão bem você está em relação às suas atividades diárias. Por favor, responda cada pergunta selecionando a resposta mais apropriada. Se você não tiver certeza sobre como responder à pergunta, por favor, dê a resposta que mais se aproxima do que você pensa.

1 Em geral, você diria que sua saúde é:

1	2	3	4	5
Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim

2 Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum.
a. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
b. Subir vários lances de escada.	1	2	3

3 Durante as últimas 4 semanas, quanto do tempo você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
a. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
b. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades?	1	2	3	4	5

4 Durante as últimas 4 semanas, quanto do tempo você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (por exemplo, sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2	3	4	5

5 Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6 Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas:

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
a. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5
b. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5
c. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5
7 Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?					
Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo	
1	2	3	4	5	

Anexo F – Licença para uso de SF12v2



NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)

License Number: QM051097

Licensee Name: Mariana Valls Atz c/o Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Licensee Address: Rua Teixeira Soares, 849/406, Passo fundo 99010-080 BR

Approved Purpose: Biopsychosocial factors and illness occurrence in University Workers

- **Study Name:** Student Thesis/Dissertation
- **Study Type:** Non-commercial academic research and/or thesis – *Unfunded Student*
- **Data Collection Method:** 3rd Party Online

Therapeutic Area: Wellness & Lifestyle

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

A. Effective Date: This Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Grants and Scholarly Research (OGSR) is made by and between OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("Optum"), 1301 Atwood Ave, Suite 311N, Johnston, RI 02919 and Licensee. This Agreement is entered into as of the date of last signature below and is effective for the Study Term set forth on Appendix B.

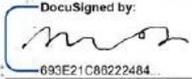
B. Appendices: Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them in Appendix A, Appendix B and Appendix D. Licensee agrees the study information completed on Appendix D – Project details form (Questionnaire) is for non-commercial use. The appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

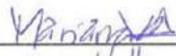
C. Grant of License: Subject to the terms of this Agreement, Optum grants to Licensee a non-exclusive, non-transferable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the Study Term, the Licensed Surveys, Software, SMS Scoring Solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), in the authorized Data Collection Method, Modes of Administration, and Approved Languages indicated on Appendix B; and to administer the Licensed Surveys only up to the total number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Method, and Modes of Administration.

EXECUTED by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.

Mariana Valls Atz c/o Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DocuSigned by:

 Signature: 693E21C88222484
 Name: Martha bayliss
 Title: VP Patient Insights and Principal Consultant
 Date: 10/25/2019

Signature: 
 Name: Mariana Valls Atz
 Title: Student
 Date: 10/22/2019

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: A Relação entre Fatores Biopsicossociais e Absenteísmo-doença entre Servidores Públicos de uma Universidade Federal

Nome do pesquisador: Mariana Valls Atz

Nome do orientador da pesquisa: Prof. Dr. Eduardo Remor

Nome da instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa relacionada ao projeto de mestrado de Mariana Valls Atz, aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia, e vinculada ao Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O tempo médio para completar o questionário é entre 20 a 25 minutos. Ressalta-se que em nenhum momento você será identificado(a), sendo sua participação, portanto, totalmente anônima.

O objetivo desta pesquisa é compreender a associação entre alguns fatores biopsicossociais e a ausência do trabalho por motivo de doença em servidores públicos (docentes e técnicos-administrativos) lotados na UFRGS. Também serão investigadas possíveis variáveis que possam se relacionar com a presença de doenças entre os servidores.

Nesse sentido, você será convidado(a) a responder seis instrumentos, sendo dois questionários sobre características gerais do participante e ocorrência ou não de ausência ao trabalho. Um dos instrumentos avaliará aspectos do estilo de vida. Dois avaliarão aspectos gerais de saúde e percepção de controle sobre a saúde. Outro ainda mapeará características do ambiente de trabalho.

Ao responder estes instrumentos há um risco de que você sinta algum desconforto psicológico. Se isto ocorrer, você deve interromper a sua participação imediatamente e deve entrar em contato com o pesquisador responsável. O pesquisador responsável é psicólogo e poderá oferecer acolhimento da sua demanda e, se necessário, fazer um encaminhamento para a rede local de saúde mental. Salientamos que não há risco de interferência em seu trabalho, uma vez que será preservado seu anonimato. Ao final do termo, encontram-se os contatos do pesquisador e do CEP.

Os benefícios de participar dessa pesquisa incluem a ampliação de seu conhecimento sobre seu estilo de vida e sua saúde, além de contribuir para uma tomada de consciência de como tais questões se relacionam com o trabalho. Além disso, os resultados da pesquisa serão apresentados à Reitoria e à comunidade UFRGS através de relatório. Tais conhecimentos poderão auxiliar no desenvolvimento de ações de promoção de saúde no ambiente de trabalho posteriormente ao estudo.

Declaro ter recebido uma explicação clara e completa sobre as tarefas que participarei, a que me submeto de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

1º Foi explicada a justificativa e o objetivo da presente pesquisa, que consiste na elaboração de Dissertação de Mestrado.

2º Foi explicado o procedimento que será utilizado, bem como os instrumentos que serão aplicados.

3º Estou ciente de que poderei interromper a participação e retirar meu consentimento a qualquer momento, não sendo obrigado(a) a me manter na pesquisa.

4º Não terei nenhuma despesa ao participar, bem como de que não há nenhum valor

econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.
5° O meu aceite em participar da pesquisa dará autorização ao pesquisador para utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos dentro das prerrogativas de sigilo e preservação de identidade inerentes à pesquisa científica.
6° O material de pesquisa coletado será armazenado em arquivo digital que será chaveado com acesso restrito ao coordenador deste projeto, por um período mínimo de 5 anos.

Caso você aceite participar da pesquisa, recomendamos fortemente que você imprima uma via deste termo e guarde em local seguro.

Reiteramos que em caso de qualquer desconforto ou dúvidas gerados no momento da pesquisa, o participante poderá recorrer ao pesquisador ou ao Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-PSICO), localizado na Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Porto Alegre/RS. O telefone de contato do CEP-PSICO é (51) 3308-5698 e o e-mail: cep-psico@ufrgs.br.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Mariana Valls Atz, mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia, e-mail mariana.atz@ufrgs.br e Prof. Dr. Eduardo Remor, orientador da pesquisa, e-mail eduardo.remor@ufrgs.br.

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que compreendo a natureza e o objetivo do presente estudo. Assim, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que caso eu tenha novas perguntas sobre este estudo, ou pensar que houve algum prejuízo pela minha participação, posso contatar os responsáveis pelo estudo.

- Concordo em participar**
 Não desejo participar da pesquisa

Apêndice B – Questionário sociodemográfico**1. IDADE:****2. Marque a opção que melhor define sua identidade de gênero: (marcar o gênero do qual você se considera)**

- Mulher
- Homem
- Mulher transexual
- Homem transexual
- Travesti
- Outro
- Não quero informar

3. RAÇA/COR

- Preto
- Pardo
- Branco
- Amarelo
- Indígena

4. ESTADO CIVIL SOLTEIRO CASADO SEPARADO
 DIVORCIADO VIÚVO**5. ESCOLARIDADE**

- ENSINO FUNDAMENTAL
- ENSINO MÉDIO
- ENSINO TÉCNICO
- ENSINO SUPERIOR
- PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU (ESPECIALIZAÇÃO)
- PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU (MESTRADO/DOUTORADO)

6. TIPO DE CARGO

- DOCENTE
- TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

7. CAMPUS DE EXERCÍCIO EFETIVO ATUAL

- CAMPUS CENTRO
- CAMPUS DO VALE
- CAMPUS DA SAÚDE
- CAMPUS OLÍMPICO
- CAMPUS LITORAL NORTE
- ESTAÇÃO AGRONÔMICA

8. TEMPO DE SERVIÇO NA UFRGS

- ATÉ 03 ANOS
- DE 03 A 9 ANOS
- DE 10 A 19 ANOS
- DE 20 A 29 ANOS
- DE 30 A 34 ANOS
- 35 ANOS OU MAIS

9. TEMPO DE SERVIÇO NO CARGO ATUAL

- ATÉ 03 ANOS
- DE 03 A 9 ANOS
- DE 10 A 19 ANOS
- DE 20 A 29 ANOS
- DE 30 A 34 ANOS
- 35 ANOS OU MAIS

10. ATUALMENTE, DESEMPENHA FUNÇÃO DE CHEFIA/GESTOR?

- SIM
- NÃO

11. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS VOCÊ SE AUSENTOU DO TRABALHO POR MOTIVO DE SAÚDE? (considere todas as situações de ausência, incluindo atestados, licenças de saúde, consultas médicas, exames e faltas não justificadas em decorrência de problemas de saúde)

Número de dias:

Apêndice C – Questionário sobre Absenteísmo-doença

1. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS VOCÊ SE AUSENTOU DO TRABALHO POR MOTIVO DE SAÚDE? (considere todas as situações de ausência, incluindo atestados, licenças de saúde, consultas médicas, exames e faltas não justificadas em decorrência de problemas de saúde)

- Nenhum
- De 01 a 05
- De 06 a 15
- De 16 a 30
- Até 90 dias
- Mais de 90 dias

2. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ USUFRUIU DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE?

- Não estive de licença para tratamento de saúde
- De 06 a 14 dias
- De 14 a 29 dias
- De 30 a 90 dias
- De 91 a 120 dias
- Mais de 120 dias

3. SUA AUSÊNCIA DO TRABALHO ESTEVE RELACIONADA COM ALGUMAS DAS DOENÇAS CITADAS ABAIXO?

- DORSALGIA (DORES DE COLUNA)
- DEPRESSÃO
- TUMOR BENIGNO
- CÂNCER
- REAÇÃO GRAVE AO ESTRESSE E TRANSTORNO DE ADAPTAÇÃO
- OUTRO TRANSTORNO MENTAL
- LER/DORT
- OUTRO:

4. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, VOCÊ SE AUSENTOU DO SEU TRABALHO POR MOTIVO DE SAÚDE SEM FALTA JUSTIFICADA? (se considera falta justificada quando foi apresentado documento comprobatório, por exemplo atestado médico)

- NÃO
- SIM

5. SE SIM, QUE ESTRATÉGIAS UTILIZOU PARA LIDAR COM A FALTA?

- ACORDO COM COLEGAS
- ACORDO COM CHEFIA
- COMPENSAÇÃO DE HORÁRIO
- NÃO UTILIZEI ESTRATÉGIA
- OUTRA. ESPECIFIQUE:

6. ATUALMENTE, VOCÊ CONSIDERA QUE A DOENÇA QUE GEROU SUA AUSÊNCIA IMPACTA SEU DESEMPENHO NO TRABALHO?

- NÃO
- SIM, UM POUCO
- SIM, BASTANTE

7. SE SIM, EXPLIQUE COMO A DOENÇA IMPACTA NO SEU TRABALHO.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A relação entre fatores biopsicossociais e absenteísmo-doença em servidores públicos de uma universidade federal

Pesquisador: EDUARDO AUGUSTO REMOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27808619.6.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.807.786

Apresentação do Projeto:

O estudo avaliado tem como título "Relação entre fatores biopsicossociais e absenteísmo-doença entre servidores públicos de uma Universidade Federal" e se refere a um projeto de dissertação de autoria de Mariana Valls Atz, orientado pelo prof. Dr. Eduardo Remor. Seu objetivo consiste em investigar fatores associados com o absenteísmo-doença autorreferido de servidores públicos de uma instituição federal de ensino. Também serão analisados estilo de vida, locus de controle da saúde, fatores psicossociais do trabalho, saúde física e saúde mental a fim de compreender sua relação com absenteísmo-doença. Trata-se de um estudo transversal, do tipo levantamento de dados, do qual participarão servidores ativos da UFRGS, através de correio eletrônico, sendo o processo de amostragem conforme disponibilidade e interesse dos participantes. Serão disponibilizados em plataforma online dois questionários e quatro escalas, a saber: 1) questionário sociodemográfico; 2) questionário sobre absenteísmo-doença; 3) escala FANTASTIC, que avalia estilo de vida; 4) escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde; 5) Health Survey Executive, que avalia fatores psicossociais do trabalho; 6) Short Form-12, que avalia saúde física e mental. Os dados serão analisados quantitativamente a partir de análise de regressão linear múltipla.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo consiste em investigar se estilo de vida, locus de controle da saúde e

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 3.807.786

fatores psicossociais do trabalho estão associados ao absenteísmo-doença autorreferido de servidores públicos de uma instituição federal de ensino (UFRGS). Já como objetivos específicos tem-se: realizar um mapeamento da situação de saúde da população UFRGS; investigar se estilo de vida, locus de controle da saúde e fatores psicossociais do trabalho se relacionam com a presença de doenças entre servidores que se ausentaram do trabalho; e analisar absenteísmo-doença em termos de cargo (docente ou técnico administrativo), gênero e papel de gestor. Os objetivos estão claros e são exequíveis de acordo com o método proposto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores pontuam no Formulário da Plataforma Brasil (FPB) que os riscos implicados a pesquisa são mínimos, referentes à “algum desconforto psicológico”. Sinalizam que caso isso ocorra, a orientação será “interromper a participação imediatamente e entrar em contato com o pesquisador responsável”, que é psicólogo e poderá oferecer acolhimento da demanda e, se necessário, fazer um encaminhamento para a rede local de saúde mental. Também indicam que será salientado que não há risco de interferência em seu trabalho, uma vez que será preservado o anonimato. No tocante aos benefícios, pontuam a “ampliação do conhecimento sobre o estilo de vida e saúde do participante, além de contribuir para uma tomada de consciência de como tais questões se relacionam com o trabalho”. Pontua-se que os resultados da pesquisa serão apresentados à Reitoria e à comunidade UFRGS e poderão auxiliar no desenvolvimento de ações de promoção de saúde no ambiente de trabalho. Recomenda-se que as informações relativas aos riscos e benefícios, bem como as medidas protetivas, constem no texto do projeto, na seção de procedimentos éticos. Ainda, por se tratar de uma pesquisa online, sugere-se a inclusão de riscos relativos a instabilidade da plataforma que será utilizada (Survey Monkey), garantindo que as repostas sejam salvas mesmo que o questionário não seja finalizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta do estudo é relevante, está justificada e atende aos critérios exigidos para uma pesquisa científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados a Folha de Rosto, Termo de Compromisso de Utilização de Dados, e Declaração de Concordância da Instituição Co-participante, devidamente assinados, assim como o documento de aprovação da PROPESQ. Também consta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que apresenta linguagem clara, indicando adequadamente os riscos e benefícios implicados à pesquisa. Neste último apenas se recomenda que seja indicado o tempo médio

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 3.807.786

previsto para responder aos instrumentos de pesquisa.

Recomendações:

As hipóteses carecem de maior detalhamento em relação à direção das variáveis.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende as recomendações éticas amparadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde, de nº 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1483848.pdf	09/12/2019 16:28:14		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aprovacaoCOMPESQ.pdf	09/12/2019 16:25:16	MARIANA VALLS ATZ	Aceito
Orçamento	Orcamento_Plataforma_Brasil.pdf	09/12/2019 16:20:21	MARIANA VALLS ATZ	Aceito
Outros	tcud.jpg	09/12/2019 16:14:53	MARIANA VALLS ATZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodainstituicao.jpg	09/12/2019 16:14:16	MARIANA VALLS ATZ	Aceito
Cronograma	cronogramaMVA.pdf	09/12/2019 16:11:01	MARIANA VALLS ATZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodaConsentimentoLivreeEsclarecidoMVA.pdf	09/12/2019 16:10:05	MARIANA VALLS ATZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	versaofinaldoprojetoMarianaAtz.pdf	09/12/2019 16:09:48	MARIANA VALLS ATZ	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/12/2019 15:22:33	MARIANA VALLS ATZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 3.807.786

PORTO ALEGRE, 23 de Janeiro de 2020

Assinado por:
Jerusa Fumagalli de Salles
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br