

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Escala de autoeficácia ocupacional frente ao adoecimento laboral

Occupational self-efficacy scale for work-related sickness

Escala de autoeficacia ocupacional ante enfermedades relacionadas al trabajo

André Luna¹ & Sonia Gondim²

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: andre_luna@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1497-2885>

² Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: sggondim@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3482-166X>

Informações do Artigo:

André Luna
andre_luna@hotmail.com

Recebido em: 08/09/2020
Aceito em: 26/11/2020

RESUMO

O estudo adaptou uma medida de autoeficácia ocupacional (AEO) a partir de uma escala de autoeficácia para o retorno ao trabalho. Procedeu-se dois estudos sequenciais, o primeiro, para validação semântica, análises fatoriais exploratórias (AFEs) e avaliação de juizes e; o outro, para análise fatorial confirmatória. O instrumento foi testado em amostras de trabalhadores industriais (n = 803). Obteve-se solução tri fatorial, condizente com outras versões da medida original: crença de autoeficácia sobre capacidade de completar tarefas (F1), manejar afetos (F2) e obter suporte social (F3). O teste confirmatório obteve bons índices de ajustes. Adicionalmente, discutem-se aspectos conceituais e práticos.

PALAVRAS-CHAVE: Autoeficácia; Psicometria; Saúde do Trabalhador

ABSTRACT

The study aimed to adapt an occupational self-efficacy measure (OSE) from a return to work self-efficacy scale (RTW-SE). Two sequential studies were carried out, the first for semantic validation, exploratory factor analysis and judges' evaluation, and another for confirmatory factor analysis. The instrument was tested on samples of industrial workers (n = 803). A three-factor solution was obtained, consistent with other versions of the RTW-SE scale: self-efficacy belief related to work completion (F1), management of affects (F2) and to reach out for social support (F3). The confirmatory test obtained good adjustment rates. Additionally, conceptual and practical aspects are discussed.

KEYWORDS: Self-Efficacy; Psychometrics; Occupational Health;

RESUMEN

El estudio adaptó una medida de autoeficacia laboral (AEO) a partir de una escala de autoeficacia para la reincorporación al trabajo (RTW -SE). Se realizaron dos estudios secuenciales, el primero, para validación semántica, análisis factorial exploratorio y evaluación de jueces, y el segundo, para el análisis factorial confirmatoria. Participaron de la encuesta trabajadores industriales (n = 803). Se obtuvo una solución de tres factores, consistente con otras versiones de la medida original de reincorporación al trabajo: autoeficacia frente a la necesidad de completar las tareas laborales (F1), manejo de las emociones (F2) y obtención de apoyo social (F3). La prueba de confirmación obtuvo buenos índices de ajustes. Además, se discuten aspectos conceptuales y prácticos.

PALABRAS CLAVE: Autoeficacia; Psicometría; Salud del Trabajador

Adoecimentos afetam a capacidade de desempenhar ou retomar atividades laborais (Black, Keegel, Sim, Collie, & Smith, 2018; Corbière et al., 2017; Loisel & Côté, 2013). Nas últimas décadas, cresceu o interesse nos múltiplos fatores individuais, contextuais e coletivos deste processo (Schultz, Chlebak, & Stewart, 2016), e se desenvolveram medidas da percepção de autoeficácia para retornar ao trabalho após afastamento por doença (Black, Sim, Collie & Smith, 2017; Brouwer et al., 2011; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer & Schaufeli, 2010; Shaw, Reme, Linton, Huang & Pransky, 2011; Silva Junior, 2017).

A autoeficácia é a crença individual sobre a capacidade de atingir níveis satisfatórios de desempenho ou comportamento (Bandura, 1997, 2000; Bandura & Adams, 1977), um construto do nível individual que aponta também para a necessidade de intervenção no ambiente, pois as diferenças intersubjetivas vão guardar

alguma correspondência com as condições postas. As fontes de autoeficácia são quatro e se influenciam mutuamente: a) experiência direta, tentativa e erro; b) observação do comportamento de outros (aprendizagem vicária); c) persuasão verbal (estímulo ou incentivo social) e; d) retroalimentação fisiológica dos estados internos ativados pela experiência; sendo que a primeira tem maior impacto (Bandura, 1997; Bandura & Adams, 1977).

Autoeficácia não é um traço pessoal estável nem uniforme em todos os contextos e momentos de vida; varia conforme o objeto e o nível de domínio circunstancial do comportamento (Bandura, 2006), o que pode ser limitado diante de um adoecimento (Knauf & Schultz, 2016). Quando utilizadas medidas de autoeficácia geral, entendida como a crença na capacidade de ser autoeficaz na vida como um todo, a capacidade de prever o retorno ao trabalho foi menor (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink, & Groothoff, 2010; Labriola et al., 2007; Sampere et al., 2012). Medidas adaptadas para demandas específicas, como as do adoecimento por distúrbio osteomuscular (ex: comportamento de lidar com a dor) (Brouwer, Amick, Lee, Franche & Hogg-Johnson, 2015; Heijbel, Josephson, Jensen, Stark & Vingård, 2006; Shaw & Huang, 2005) ou transtornos mentais (ex: lidar com o estigma social) (Nieuwenhuijsen, Noordik, van Dijk, & van der Klink, 2013; Nielsen et al., 2011), conseguiram demonstrar maior poder preditivo das medidas. Frente a isto, Black et al. (2017) propuseram uma medida a partir de um conjunto de itens comuns aos principais motivos de afastamentos do trabalho atualmente (distúrbios osteomusculares e mentais).

Os processos de adoecimento no contexto de trabalho se inserem numa rede de fatores individuais, organizacionais, dos sistemas de saúde, legais e previdenciários, e, ainda, sociopolíticos, que afetam não apenas os trabalhadores afastados por adoecimento, mas todos que avaliam sua capacidade para trabalhar frente a processos de adoecimento e retornar ao trabalho (Franche & Krause, 2002; Loisel & Cote, 2013). Dentre as dimensões já estudadas, o suporte social de supervisores e colegas de trabalho aparece em todas as escalas revisadas, colocando em evidência o papel das interações sociais. Complementarmente, no nível individual, baixa autoeficácia pode ativar estratégias de esquiva (ex: manter-se afastado) (Bandura, 1977), ao passo que indivíduos autoeficazes enfrentam a situação e, eventualmente, desconstruem a percepção inicial

testando suas crenças e desenvolvendo novos comportamentos (Bandura & Adams, 1977). No entanto, se de um lado a autoavaliação negativa de AEO pode ser subjetivamente dissociada de consenso derivado de observadores externos, por outro, pode refletir uma percepção realista das precariedades e barreiras do trabalho, variando, inclusive, em condições de saúde mental que podem modificar a interpretação do contexto (Nieuwenhuijsen et al., 2013).

Assume-se que a AEO seja dinâmica, podendo vir a sofrer mudanças a partir de experiências aversivas individuais ou vicárias, as quais antecipariam uma percepção de ameaça e prejudicam a autoeficácia (Bandura, 1977). Neste sentido, a avaliação da autoeficácia do trabalhador frente às constrições das condições de trabalho pode oferecer insumos tanto para apoio ao trabalhador quanto para as melhorias do sistema de relações de trabalho. O objetivo deste estudo, portanto, foi o de encontrar evidências de validade de uma escala oriunda da adaptação de uma medida de autoeficácia de retorno ao trabalho. A suposição é a de que as evidências extraídas de um grupo de trabalhadores ativos, diferente do perfil já estudado (afastados ou em retorno ao trabalho), pudessem contribuir para a avaliação e escolha de estratégias de prevenção em organizações de trabalho.

Serão apresentados dois estudos empíricos: o primeiro, explorou a estrutura fatorial da medida, que foi posteriormente submetida à análise de juízes, tendo sido reformulada e denominada Autoeficácia Ocupacional (AEO); o segundo, foi realizado com duas amostras de industriários – uma amostra foi submetida a análises fatoriais exploratórias (AFEs) e outra a análises fatoriais confirmatórias (AFC). Os estudos privilegiaram trabalhadores da indústria, um setor que se vê em face de altos índices de adoecimento e de queixas relacionadas às demandas de trabalho (Santana & Santana, 2011; Yano & Santana, 2012).

Estudo 1

Método

Este estudo explorou evidências de validade da escala de autoeficácia para o retorno ao trabalho (RTW-SE) com trabalhadores não afastados.

Participantes.

Participaram do estudo 412 trabalhadores, dos quais 70% eram homens, com idade média de 35 anos (DP = 10,894) (variando de 18 a 63 anos); 43,4% eram solteiros; 4,6% de nível educacional fundamental, 57,2% de nível médio ou técnico e 38,0% de nível superior ou pós-graduação; 56,2% ocupavam cargos operacionais e 15,3% de chefia ou gestão; 37,0% trabalhavam em regime de turno e 18,9% em turno noturno.

Procedimento de coleta de dados.

Os procedimentos seguiram a Resolução do Conselho Nacional de Saúde e foram aprovados pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (CAAE: 74487317.5.0000.5686). Os trabalhadores assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido. O período de coleta foi de seis semanas entre julho e agosto de 2017, em uma instituição que realiza exames médicos ocupacionais na Região Metropolitana de Salvador.

Instrumentos.

A escala RTW-SE (*Return-to-work Self-efficacy Scale*) (Black et al., 2017) mede a autoeficácia de retorno ao trabalho por onze itens de três dimensões: a) *WC-Work Completion*, ou *completude da tarefa* (3 itens; $\alpha = 0.83$), relativo à capacidade de cumprir com seu trabalho frente às demandas físicas; b) *AW-Affective Work*, ou *manejo afetivo* (5 itens; $\alpha = 0.88$), referente à capacidade de realizar o trabalho frente às demandas emocionais relacionadas ao adoecimento e; c) *SS-Work Social Support*, ou *suporte social no trabalho* (3 itens; $\alpha = 0.80$), comportamentos voltados ao suporte social de colegas e supervisores no contexto de adoecimento e retorno ao trabalho. Essa solução de três fatores apresentou bons índices de ajuste ($X^2 = 36.89$, $p = 0.06$; RMSEA = 0.05; CFI = 0.98). Os itens apresentaram boa validade aparente e os três fatores se relevaram distintos, porém correlacionados [r (I.C.) $WC \times AW = 0.62$ (0.52–0.70); r (I.C.) $WC \times SS = 0.33$; r (I.C.) $AW \times SS = 0.48$ (0.35–0.59)]. A solução fatorial encontrada pelos autores foi compatível com as medidas que basearam sua construção (Shaw et al., 2011; Brouwer et al., 2011; Shaw & Huang, 2005).

Foram adotados procedimentos de tradução e retrotradução dos itens (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012). Tendo em vista o objetivo de ampliação do uso da medida para avaliar a AEO, fez-se uma mudança na

instrução dada ao trabalhador: *Imagine* que hoje você está retornando de um afastamento do trabalho por motivo de doença ou que *você continua trabalhando* e se sentindo um pouco doente. Nessa situação, quanto você acredita que seria capaz de fazer cada uma das coisas abaixo?

Procedimento de análise de dados.

Obteve-se 477 questionários cujos dados passaram por análises uni e multivariadas de *missings* e *outliers* (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). Foram excluídos 34 casos com mais de 10% de *missings* e 31 com escore *Z* acima de 3,29 pelo critério de Mahalanobis. Os *outliers* multivariados estiveram presentes em quatro dos onze itens (2, 1, 8 e 3 – apresentados em ordem crescente do número de casos outliers). Restaram 412 casos.

Resultados

A fatoração pelo método do eixo principal (PAF) e critério de autovalor > 1 e exclusão de casos *pairwise*, indicou, inicialmente, três fatores, explicando 51,41% da variância. O índice KMO foi satisfatório e o teste de esfericidade de Bartlett, estatisticamente significativo ($p < .001$). Dos três fatores extraídos, apenas a dimensão de suporte social não apresentou problemas.

A Tabela 1 mostra que os itens 4, 5 e 8 que deveriam saturar na dimensão de manejo afetivo (AW), o fizeram na completude da tarefa (WC). Essa primeira composição sugere que os participantes do estudo não diferenciavam entre as demandas afetivas e físicas para permanência no ambiente de trabalho. O uso de termos como “pressões”, “dificuldades no trabalho” e “situações emocionalmente difíceis”, que caracterizam o desafio comportamental descrito nos itens 4, 5 e 8 da dimensão AW parecem não se diferenciar claramente das expressões “exigências físicas”, “executar (...) tarefas” e “permanecer (...) ambiente” usadas nos itens 1, 2 e 3 da dimensão WC. Por outro lado, os itens 6 e 7, originalmente da dimensão AW, agruparam-se separadamente. Em comum, ambos sinalizam uma situação de fracasso e são menos específicos em relação à demanda comportamental (“possíveis problemas” e “fazer qualquer coisa”). Por isso, os itens da dimensão AW precisaram ser reformulados.

Tabela 1
Cargas fatoriais exploratórias dos itens e dimensões do RTWSE

	Fator		
	1	2	3
	WC	AW	SS
3_WC. Conseguiria cumprir com as exigências físicas do meu trabalho	,792	,116	,070
2_WC. Conseguiria permanecer no meu ambiente de trabalho	,726	-,007	,164
1_WC. Conseguiria executar bem minhas tarefas no trabalho	,687	-,025	,112
4_AW. Conseguiria lidar com as pressões no trabalho	,670	,092	,278
5_AW. Conseguiria lidar com situações emocionalmente difíceis no trabalho	,630	,114	,263
8_AW. Seria capaz de lidar bem com as dificuldades no trabalho	,609	,059	,365
10_SS. Poderia falar sobre minhas limitações com meus colegas de trabalho	,080	,021	,799
11_SS. Poderia conseguir apoio dos meus colegas de trabalho se eu precisasse	,246	,091	,547
9_SS. Poderia explicar para meu supervisor o que eu tenho, ou não, condições de fazer	,346	,014	,486
7_AW. Não conseguiria resolver os possíveis problemas do trabalho	,042	,805	-,036
6_AW. Não teria mais energia para fazer qualquer coisa	,066	,642	,105

Nota. WC – Work completion/completude da tarefa; AW – Affective work/manejo de afetos; SS – Work social support/suporte social.

Procedeu-se a análise da consistência interna pelo Alpha de Cronbach e, posteriormente, ajustes e submissão dos itens à avaliação de juízes. O alpha do fator 1 (WC) com seis itens foi de 0.86, o do fator 2 (AW) foi de 0.68 e apresentou o problema de conter apenas dois itens, e o fator 3 (SS) obteve 0.66, indicando melhoria para 0.67 ao excluir o item 9. Ao testar apenas os itens originalmente previstos para a dimensão WC (itens 1 a 3), o alpha foi de 0.82 e não foi indicada exclusão de item para melhoria da confiabilidade, mas o mesmo não ocorreu com os itens originais da dimensão AW (itens 4 a 8) – redução do Alpha para 0,63, portanto, fazendo-se necessário proceder a ajustes.

Após reformulação, os itens foram submetidos à análise de juízes trabalhadores operacionais da indústria (n = 7) e profissionais de segurança e saúde ocupacional (n = 7) das áreas de medicina, enfermagem

e engenharia de segurança do trabalho com experiência na indústria. Considerando as semelhanças registradas e o objetivo de tornar o instrumento mais adaptado à linguagem dos trabalhadores da operação industrial, privilegiou-se o julgamento desses últimos para fins de redação final. Parte dos registros com trabalhadores fora coletada pelo próprio pesquisador que entrevistou os juízes. Aqueles com menor instrução educacional solicitaram ajuda para tirar suas dúvidas sobre a avaliação como juízes.

Mais da metade dos itens (2, 3, 5, 6, 7 e 9) obteve concordância inferior a 70% entre os trabalhadores, reiterando o observado na AFE. O item 2 foi o que gerou maior controvérsia, e os comentários a ele trouxeram pistas importantes sobre ajustes necessários. Na visão dos trabalhadores, o aspecto de “permanecer no trabalho” variaria conforme as condições de suporte social principalmente de suas chefas e colegas, ou das condições de segurança e ergonomia do posto de trabalho. Adicionalmente, notou-se dificuldade de entender a dimensão manejo afetivo, que tenderam a associar à qualidade das interações interpessoais ou a que emoções não deveriam ser expostas no trabalho.

Já o item 9 gerou discussão pela presença do “ou não” no meio da sentença (“Poderia explicar para meu supervisor o que eu tenho, *ou não*, condições de fazer”). Na concepção dos juízes trabalhadores, é preferível não abordar com as chefias o que eles não poderiam fazer, denotando pouca autonomia pessoal e um conjunto de regras implícitas das relações de trabalho. Finalmente, os itens reformulados foram avaliados no Estudo 02 (vide itens na Tabela 2). Buscou-se manter as três dimensões com 3, 5 e 3 itens, respectivamente, e deixar mais claros os comportamentos sobre os quais o indivíduo avaliaria sua autoeficácia.

Estudo 2

Método

Participantes.

Participaram do estudo 391 trabalhadores da indústria, distribuídos em duas amostras, divididas conforme numeração sequencial dos questionários. A primeira amostra (2.1) constou de 195 trabalhadores, sendo 79,3% homens, com idade média de 35 anos (DP = 9,329) (variando de 18 a 58 anos); 45,3% solteiros

ou divorciados; 8,5% de nível educacional fundamental, 69,8% com nível médio ou técnico e 21,7% com nível superior ou pós-graduação; 71,6% ocupavam cargos operacionais; 49,8% trabalhavam em regime de turno e 26,7% em turno noturno. A segunda (2.2) foi composta por 196 trabalhadores, dos quais 70,9% eram homens com idade média de 34 anos (DP = 10,242) (variando de 18 a 68 anos); 43,1% solteiros ou divorciados; 4,7% de nível fundamental de escolaridade, 59,7% com nível médio ou técnico e 35,5% com nível superior ou pós-graduação; 64,4% ocupavam cargos operacionais; 35,5% trabalhavam em regime de turno e 22,2% no noturno. A comparação das amostras 2.1 e 2.2 pelo método do qui-quadrado apontou diferenças significativas de nível educacional [$\chi^2(4) = 10,388, p < .05$], havendo mais pessoas de nível fundamental, médio e técnico na amostra 2.1 e mais pessoas de nível superior ou pós-graduação na amostra 2.2.

Procedimento de coleta de dados.

Os mesmos procedimentos do estudo 01 foram adotados. A coleta durou seis semanas, entre setembro e outubro de 2017.

Instrumentos.

Utilizou-se o questionário sociodemográfico do Estudo 1 com a medida de AEO reformulada (vide Tabela 2).

Procedimento de análise de dados.

Dos 414 questionários preenchidos, 23 casos com mais de 10% de *missings* foram excluídos. Não foram encontrados casos com escore Z acima de 3,29 pelo critério de Mahalanobis. Restaram 391 casos, distribuídos nas amostras 2.1 e 2.2, cujas caracterizações foram apresentadas anteriormente. A amostra 2.1 foi utilizada para análise fatorial exploratória da nova versão resultante do Estudo 1, e a amostra 2.2, para análises fatoriais confirmatórias.

Resultados

Foram indicados três fatores na análise fatorial exploratório, responsáveis por explicar 58,6% da variância total, após testar os agrupamentos nos domínios WC, AW e SS, pelo método de extração PAF com

rotação Oblimin e exclusão de casos *pairwise*, com critério de autovalor >1 . O índice KMO foi significativo ($p < .01$) e as comunalidades satisfatórias, exceto as dos itens 8, 9 e 11, que foram baixas.

Os itens se agrupam em três fatores compatíveis com o modelo original, preservando as diferenças entre a dimensão de completude da tarefa (WC) e de manejo afetivo (AW). O problema de agrupamento relativo ao item 6 permaneceu.

De fato, ao analisar o índice de confiabilidade, o alpha de Cronbach do fator 1, incluindo os itens 1, 2, 3 e 6, seria de 0.74. Porém, ao excluir o item 6, o índice saltaria para 0.92. O fator WC original (itens 1 a 3) apresentou alpha de 0.91; o fator AW (itens 4 a 8) também indicou exclusão do item 6. Ao excluí-lo, o alpha da dimensão AW saltou para 0.88. Por fim, a dimensão SS obteve Alpha de 0.69 e, mediante exclusão do item 10, passaria para 0.75. No entanto, persistiria o problema de constarem apenas dois itens em um fator, razão pela qual decidiu-se pela manutenção deste item.

Tabela 2

Itens da AEO resultantes do Estudo 01 e cargas fatoriais com amostra 2.1.

Itens produzidos no Estudo 01	Fatores		
	1 WC	2 AW	3 SS
4AW_Conseguiria enfrentar bem as pressões emocionais do trabalho	,073	,810	,126
8AW_Conseguiria controlar minhas emoções em situações difíceis no trabalho	,022	,768	,194
7AW_Conseguiria enfrentar problemas que me afetassem emocionalmente sem precisar de ajuda	,072	,750	,021
05AW_Mesmo não estando bem, conseguiria lidar com situações emocionalmente difíceis no trabalho sem precisar de ajuda	,109	,697	-,070
11SS_Poderia conseguir apoio dos meus colegas de trabalho se eu precisasse	-,012	-,016	,877
9SS_Conseguiria dizer para meu chefe o que eu realmente tenho condições de fazer	-,006	,058	,653
10SS_Poderia falar sobre minhas limitações com meus colegas de trabalho	-,040	,160	,474
1WC_Conseguiria executar bem minhas tarefas no trabalho	,851	,162	-,037
3WC_Conseguiria cumprir com as exigências físicas do meu trabalho	,849	,070	-,029
2WC_Conseguiria enfrentar as condições físicas do meu local de trabalho	,728	,257	-,094
6AW_Não teria ânimo para fazer nada	,091	-,045	,081

Nota. WC – Work completion/completude da tarefa; AW – Affective work/manejo de afetos; SS – Social support/suporte social.

Partindo da solução fatorial extraída da AFE com a amostra 2.1, procedeu-se, então, o teste da estrutura da medida mediante análise fatorial confirmatória (AFC), usando o estimador de mínimos quadrados ponderados robustos ajustados pela média e mediana (WLSMV), que é o mais apropriado para os casos em que os dados não atendem a todos os requisitos para o teste pelo estimador de Máxima Verossimilhança (Muthén & Muthén, 2010). O software utilizado para a AFC foi o MPlus Versão 7.11, que admite teste de modelo com dados faltantes (*missings*). Os índices de qualidade do modelo escolhidos foram: razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade (χ^2/gl) < 3, RMSEA < 0,06, CFI \geq 0,90, TLI entre 0,90 e 0,95 (Marôco, 2014). Ainda foi avaliada a consistência interna de cada dimensão por meio do índice de confiabilidade de Cronbach.

Os dados apresentados na Tabela 3 confirmam a estrutura de três fatores esperada. O índice de confiabilidade do Fator 1, 2 e 3 foram de $\alpha = 0.87$, $\alpha = 0.87$ e $\alpha = 0.77$, respectivamente. O primeiro fator (WC) ficou com três itens (1, 2, 3); o segundo (AW), com quatro itens (4, 5, 7 e 8) e; o terceiro (SS), com três itens (9, 10, 11).

Tabela 3
Indicadores de ajuste dos modelos testados

Modelo	χ^2	Gl	χ^2/gl	RMSEA	IC90%	CFI	TLI
1	75.241	41	1,83	0,06	0.04/0.08	0.992	0.989
2	594.150	44	13,50	0,25	0.23/0.27	0.872	0.840

Nota. Modelo 1 = trifatorial; Modelo 2 = unifatorial

Discussão

Procurou-se contribuir para a ampliação da aplicabilidade da medida de autoeficácia para o retorno ao trabalho (RTW-SE) de Black et al. (2017). Tal ampliação é sustentada pelo processo de validação e adaptação da escala, bem como pelo estudo que avaliou o papel mediador da autoeficácia ocupacional (AEO) na relação entre fatores de risco psicossocial do trabalho e mal-estar físico e psicológico (Luna & Gondim, no prelo). Em conjunto, os estudos mostram que a AEO influencia no mal-estar físico e psicológico, mesmo sob condições adversas de riscos psicossociais, mesmo para trabalhadores ativos, ou seja, aqueles que não se afastaram ou

estão em perspectiva de retornar ao trabalho. Outra razão é suportada teoricamente pela noção de que a autoeficácia é um recurso psicológico que auxilia o indivíduo a lidar com o contexto, de modo a aumentar a probabilidade de ser bem sucedido nos seus objetivos de comportamento. Partiu-se do entendimento de que os itens da RTW-SE abrangiam um conjunto de comportamentos passível de se observar na realidade laboral dos trabalhadores (vide avaliação de juízes) para além do reingresso no ambiente de trabalho após afastamento por motivo de doença. Adicionalmente, vê-se que os fatores abrangidos na escala de AEO dizem sobre demandas costumeiras do ambiente de trabalho: completar as tarefas designadas, lidar com os afetos e emoções, e obter apoio social nas interações interpessoais.

A sequência de estudos permitiu confirmar uma estrutura trifatorial da medida traduzida e adaptada de Black et al. (2017), após exclusão de um item e de ajustes que melhoraram os índices psicométricos e a aderência ao conceito de AEO. Na perspectiva prática, o duplo esforço de buscar evidências de validade da RTW-SE para o contexto do trabalhador brasileiro e, também, adaptar a medida para que ela fosse aplicada a trabalhadores não afastados permitiria oferecer uma ferramenta de diagnóstico e gestão de saúde ocupacional útil para avaliar a AEO, aqui definida como a crença do trabalhador sobre sua capacidade de desempenhar o trabalho, apesar das adversidades e das constrições presentes em sua realidade laboral, que poderiam ser potenciais adoecedores. Ao ser avaliado proativamente a AEO, por exemplo, nas consultas médico-ocupacionais ou em programas da área de recursos humanos, obter-se-ia uma percepção do quanto os trabalhadores creem que são capazes de lidar com suas demandas laborais: tanto para atuar preventivamente num possível adoecimento em estágio inicial de seus primeiros sinais e sintomas, quanto para – e principalmente – identificar e controlar as barreiras contextuais que estejam contribuindo para diminuir a autoeficácia coletiva e impactar negativamente a saúde e a produtividade.

A decisão de redirecionar o escopo da medida é de alguma forma alinhado com o propósito dos próprios autores (Black et al., 2017), se considerado o fato de que buscaram identificar aspectos comuns do retorno ao trabalho de indivíduos acometidos pelas duas principais causas de afastamento abarcadas em estudos anteriores (Brouwer et al., 2011; Lagerveld et al., 2010). Não foram identificados estudos que

testaram o desempenho da medida para outras condições de saúde no contexto laboral, o que pode ser objeto de estudos futuros, por exemplo, fora do contexto formal de emprego em que as relações de hierarquia e de cadeia de ajuda poderiam modificar a percepção sobre apoio social para a consecução dos objetivos do trabalho. A suposição de que indivíduos precisam lançar mão da autoeficácia ocupacional para fazer frente ao trabalho quando se percebem com alguma limitação, restrição ou incômodo se vê preservada conceitualmente, e se assume que tais condições de desconforto podem estar presentes mesmo antes de que um sinal comportamental (ex: baixa autoeficácia) revele-se ser o estágio inicial (ex: fadiga, dores) de um possível adoecimento futuro que incapacite o trabalhador para a atividade e repercuta no consequente afastamento e futuro retorno ao trabalho. De fato, sabe-se que o afastamento de longo prazo é geralmente precedido por afastamentos de curto prazo, queixas e outros sinais de adoecimento que já indicam haver algum grau de limitação ou perda de capacidade para o trabalho (Knauf & Schultz, 2016; Schultz, Chlebak, & Stewart, 2016). Mais importante ainda quando se considera a maior duração dos afastamentos por transtornos mentais e comportamentais, a possibilidade de ocorrência simultânea destes com outras condições de adoecimento, e a maior atenção contemporânea às repercussões da incapacidade sobre a saúde mental e a redução do senso de autoeficácia (Smith, Black, Keegel, & Collie, 2014).

Ao propor um novo uso da medida original de RTW-SE para medir o que definimos como AEO, acredita-se que a medida possa medir autoeficácia nos diferentes momentos do processo de saúde-adoecimento, presenteísmo, afastamento e retorno. A medida proposta traz indicadores relativos às áreas em que a autoeficácia individual pode estar mais prejudicada e sugerir direcionamento de intervenções para melhorar. Pode-se constatar que o problema está mais presente na dimensão de completude da tarefa (Fator 1) e, com isso, sinalizar a necessidade de entender a organização do trabalho e como remodelá-lo para recompor a autoeficácia frente às entregas; como pode-se identificar predomínio de prejuízo nas capacidades individuais de perceber e autorregular as emoções para melhor manejo afetivo (Fator 2) e investir em iniciativas que ajudem os empregados a reconhecer e manejar as próprias emoções, como também inferir a presença de estressores organizacionais que aumentam o nível de demanda afetiva acima das capacidades atuais dos

trabalhadores e; por fim, apontar deficiências no suporte social que pode, por exemplo, motivar intervenções para favorecer melhor relacionamento e suporte interpessoal entre colegas e lideranças (Fator 3). Em contrapartida, a confirmação da estrutura trifatorial correlacionada fortalece a concepção dos aspectos conceituais da autoeficácia e suas fontes (Bandura & Adams, 1977; Bandura, 1997), que atuam de modo interdependente. Deste modo, o aporte teórico indica que ações que beneficiem as três dimensões correspondentes aos fatores tem maiores chances de produzir efeitos positivos sobre a autoeficácia e consequente produtividade e saúde. É possível, por exemplo, considerar que maior suporte social possa contribuir para maior autopercepção de autoeficácia frente às demandas afetivas no trabalho no contexto de risco de adoecimento. Por outro lado, o ajuste das demandas físicas, ao redistribuir tarefas minimizando impactos para colegas de trabalho, pode favorecer maior suporte por parte destes e menos conflitos interpessoais, que aumentariam o desafio comportamental para o indivíduo com baixa autoeficácia no manejo afetivo.

O Fator 1 – completude da tarefa (CompT) – inclui as crenças sobre a capacidade de cumprir com as tarefas previstas, o que abarca a realização da atividade, o alcance de seus objetivos e a capacidade de permanecer ativo no trabalho. O fator 2 – manejo afetivo (MA) – contempla as crenças sobre a capacidade de lidar com demandas ou repercussões afetivo-emocionais do trabalho sobre a vivência individual de uma condição de adoecimento. E o fator 3 – suporte social (SS) – se refere às crenças sobre a capacidade de obter suporte social. Nos três fatores está implícita a ideia de que essa avaliação é feita considerando o cenário descrito no enunciado, a saber, a situação de retorno ao trabalho após afastamento por motivo de doença, ou a situação de perceber-se face a um potencial adoecimento durante o trabalho. Os itens finais obtiveram melhor ajuste de linguagem após análise de juízes pertencentes ao público-alvo, o que veio a se confirmar pelos índices psicométricos das análises fatoriais exploratórias e confirmatórias subsequentes.

Considerações finais

Os estudos produziram uma medida de autoeficácia ocupacional (AEO) útil para medir a crença individual de trabalhadores da indústria quando se deparam com alguma condição de adoecimento mesmo em

seus estágios mais precoces, quando muitas vezes ainda não há um conjunto de sinais e sintomas suficientes para configurar um diagnóstico, antes ou após o afastamento do trabalho por motivo de doença. A medida é curta, tem bons índices psicométricos, e sua linguagem está adaptada para o público-alvo de trabalhadores da indústria.

Reconhecem-se limitações, dentre as quais se destacam o uso de medidas de autorrelato e falta de teste de validade convergente ou divergente com outros construtos. Também é preciso considerar o fato de ter-se realizado os estudos apenas com trabalhadores de empresas de Salvador e Região Metropolitana. Desse modo, é preciso cautela ao generalizar as conclusões para outros contextos.

Adicionalmente, recomenda-se que os dados coletados em empresas sejam analisados à luz do escopo social e interacional do fenômeno da autoeficácia, evitando que os escores sejam reificados ou tomados como indicadores estáveis de um indivíduo. Ao ser utilizada como ferramenta diagnóstica pelos profissionais de segurança e saúde ocupacional, as informações precisam ser analisadas em relação ao contexto e ao momento específico da coleta de dados. Desse modo, faz-se necessário atualizar a percepção de autoeficácia após intervenções nas fontes de autoeficácia. Diante do exposto, a medida sugere ser apropriada para o diagnóstico contingencial e o direcionamento de decisões de prevenção e gestão de afastamentos, ampliando o escopo em relação a medidas anteriores mais direcionadas para identificar risco de insucesso no retorno ao trabalho ou o melhor momento de iniciar tal processo.

Considera-se, por fim, que o uso de medidas de autoeficácia no contexto de trabalho para fins de gestão de saúde ocupacional esbarra em limites éticos. Afinal, seria desapropriado adotar ações para desenvolver autoeficácia no enfrentamento dos riscos ocupacionais ou das condições precárias de trabalho, quando o mais ético seria eliminar ou controlar tais condições. Embora a autoeficácia seja um conceito central para explicar inúmeras variantes do comportamento no trabalho, de modo algum substitui as necessárias mudanças das condições de trabalho que impactem negativamente a saúde do trabalhador.

Referências

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. London: Macmillan.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9(3), 75-78. doi:10.1111/1467-8721.00064
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. C. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents* (Vol. 5, pp. 307-337) Greenwich, CT: Information Age.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
- Black, O., Keegel, T., Sim, M. R., Collie, A., & Smith, P. (2018). The effect of self-efficacy on return-to-work outcomes for workers with psychological or upper-body musculoskeletal injuries: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 16-27. doi:10.1007/s10926-017-9697-y
- Black, O., Sim, M. R., Collie, A., & Smith, P. (2017). A return-to-work self-efficacy scale for workers with psychological or musculoskeletal work-related injuries. *Quality & Quantity*, 51(1), 413-424. doi:10.1007/s11135-016-0312-7
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. doi:10.1590/1982-43272253201314
- Brouwer, S., Amick, B. C., Lee, H., Franche, R. L., & Hogg-Johnson, S. (2015). The predictive validity of the return-to-work self-efficacy scale for return-to-work outcomes in claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(4), 725-732. doi:10.1007/s10926-015-9580-7
- Brouwer, S., Franche, R. L., Hogg-Johnson, S., Lee, H., Krause, N., & Shaw, W. S. (2011). Return-to-work self-efficacy: Development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 244-258. doi:10.1007/s10926-010-9262-4
- Brouwer, S., Reneman, M. F., Bültmann, U., Van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: Perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 104-112. doi:10.1007/s10926-009-9214-z
- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M. J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J. B., Loisel, P., & Lachance, J.

- P. (2017). Development of the return-to-work obstacles and self-efficacy scale (ROSES) and validation with workers suffering from a common mental disorder or musculoskeletal disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(3), 329-341. doi:10.1007/s10926-016-9661-2
- Franche, R. L., & Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: Conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12 (4), 233-256. doi:10.1023/a:1020270407044
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre, RS: Bookman Editora.
- Heijbel, B., Josephson, M., Jensen, I., Stark, S., & Vingård, E. (2006). Return to work expectation predicts work in chronic musculoskeletal and behavioral health disorders: Prospective study with clinical implications. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(2), 169-180. doi:10.1007/s10926-006-9016-5
- Knauf, M. T., & Schultz, I. Z. (2016). Current conceptual models of return to work. In I. Z. Schultz & R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of return to work* (pp. 27-51). Boston, MA: Springer.
- Labriola, M., Lund, T., Christensen, K. B., Albertsen, K., Bültmann, U., Jensen, J. N., & Villadsen, E. (2007). Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more. *Work*, 29(3), 233-238.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W. B. (2010). Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*, 24(4), 359-375. doi:10.1080/02678373.2010.532644
- Loisel, P., & Côté, P. (2013). The work disability paradigm and its public health implications. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), *Handbook of work disability* (pp. 59-67). New York, NY: Springer.
- Luna, A., & Gondim, S. (no prelo). Papel mediador da autoeficácia ocupacional na relação entre fatores de risco psicossocial do trabalho e mal-estar físico e psicológico: Um estudo com trabalhadores industriais.
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais - Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pineiro, Portugal: ReportNumber.

- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2010). *Mplus user's guide*. (6th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén. Disponível em: <https://www.statmodel.com/download/usersguide/Mplus%20Users%20Guide%20v6.pdf>
- Nielsen, M. B. D., Madsen, I. E., Bültmann, U., Christensen, U., Diderichsen, F., & Rugulies, R. (2011). Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: Findings from a longitudinal study. *The European Journal of Public Health, 21*(6), 806-811. doi:10.1093/eurpub/ckq171
- Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., van Dijk, F. J., & van der Klink, J. J. (2013). Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation, 23*(2), 290-299. doi:10.1007/s10926-012-9389-6
- Sampere, M., Gimeno, D., Serra, C., Plana, M., López, J. C., Martínez, J. M., Delclos, G. L., & Benavides, F. G. (2012). Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. *Journal of Occupational Rehabilitation, 22*(1), 15-26. doi:10.1007/s10926-011-9313-5
- Santana, V. S. & Santana, M. S. (2011). Custos e impacto sobre a produtividade na indústria no Brasil: Afastamentos do trabalho por acidentes e doenças relacionados ao trabalho. In: *Panorama em segurança e saúde no trabalho na indústria: Brasil e unidades da federação, 2006*. Brasília: SESI/DN.
- Schultz, I. Z., Chlebak, C. M., & Stewart, A. M. (2016). Impairment, disability, and return to work. In I. Z. Schultz & R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work* (pp. 3-25). Boston, MA: Springer
- Shaw, W. S., & Huang, Y. H. (2005). Concerns and expectations about returning to work with low back pain: Identifying themes from focus groups and semi-structured interviews. *Disability and Rehabilitation, 27*(21), 1269-1281. doi:10.1080/09638280500076269
- Shaw, W. S., Reme, S. E., Linton, S. J., Huang, Y. H., & Pransky, G. (2011). Development of the return-to-work self-efficacy (RTWSE-19) Questionnaire-psychometric properties and predictive validity. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 37*(2), 109-119. doi:10.5271/sjweh.3139
- Silva Junior, J.S., Griep, R. H., Lagerveld, S. E., & Fischer, F. M. (2017). Brazilian cross-cultural adaptation of “Return-to-work self-efficacy” questionnaire. *Revista de Saude Pública, 51*(8), 1-9.

doi:10.1590/S1518-8787.2017051006778

Smith, P. M., Black, O., Keegel, T., & Collie, A. (2014). Are the predictors of work absence following a work-related injury similar for musculoskeletal and mental health claims?. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 79-88. doi:10.1007/s10926-013-9455-8

Yano, S. R. T., & Santana, V. S. (2012). Faltas ao trabalho por problemas de saúde na indústria. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(5), 945-954. doi: 10.1590/S0102-311X2012000500013