



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Jaqueline Marques Muller

**Adaptação e evidências de validade de Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy  
Scale (ROSES) para o contexto brasileiro**

Florianópolis  
2023

Jaqueline Marques Muller

**Adaptação e evidências de validade de Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) para o contexto brasileiro**

Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Narbal Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Andréa Duarte Pesca

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Muller, Jaqueline Marques

Adaptação e evidências de validade de Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) para o contexto brasileiro / Jaqueline Marques Muller ; orientador, Narbal Silva, coorientadora, Andréa Duarte Pesca, 2023.  
155 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Autoconfiança. 3. Autoeficácia. 4. Adaptação transcultural. 5. Evidências de validade. I. Silva, Narbal. II. Pesca, Andréa Duarte. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Jaqueline Marques Muller

**Adaptação e evidências de validade de Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) para o contexto brasileiro**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Roberto Moraes Cruz, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Liliam Deisy Ghizoni, Dra.  
Universidade Federal do Tocantins

Prof. Willians Cassiano Longen, Dr.  
Universidade do Extremo Sul Catarinense

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Insira neste espaço a  
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a  
assinatura digital

Prof. Narbal Silva, Dr.  
Orientador

Florianópolis

2023

## RESUMO

A autoeficácia para o retorno ao trabalho é a crença dos trabalhadores na sua capacidade de agir de forma satisfatória para retomar suas atividades ocupacionais (Lagerveld et al., 2010). Trata-se de um conceito que tem como base epistemológica e teórica a abordagem social cognitiva de Bandura e, mais especificamente, na teoria da autoeficácia. O objetivo principal desta pesquisa foi adaptar e obter evidências de validade do instrumento *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES), de Corbière et al. (2017), para o contexto brasileiro. Para tanto, foram desenvolvidos três estudos relacionados: no estudo 1, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre o estado da arte das pesquisas sobre autoeficácia para o retorno ao trabalho; o estudo 2 foi dividido em duas etapas: (a) a adaptação de ROSES, bem como a validade semântica por meio de estudo piloto com a população alvo e (b) a avaliação da estrutura interna e confiabilidade de ROSES BR com uma amostra de 370 trabalhadores brasileiros ausentes do trabalho por TMC (n= 158) e LME (n=212), em processo de retorno ao trabalho, com idade variando entre 23 e 64 anos (M= 41,59 anos, DP = 8,49). No terceiro estudo, de natureza correlacional, foram verificadas associações entre as dimensões da escala ROSES – Brasil para as versões TMC e LME, e as variáveis de perfil do trabalhador, desenvolvido a partir dos dados obtidos com a aplicação do questionário sociodemográfico e da escala ROSES BR. Dentre as principais descobertas, no estudo de revisão integrativa, constatou-se que o processo de retorno ao trabalho após a licença médica envolve fatores físicos, psicológicos e contextuais, destacando-se a importância do construto da autoeficácia como um recurso psicológico capaz de influenciar a decisão do trabalhador para o seu RT, de modo que pessoas com crenças de autoeficácia positivas apresentam melhores taxas de sucesso no seu RT. No estudo de adaptação e evidências de validade da escala *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES), obteve-se uma versão reduzida do modelo original; alguns itens foram suprimidos por não se ajustarem de maneira adequada em nosso contexto de estudo. Com a ferramenta adaptada no Brasil, o estudo 3 mostrou que o tipo de vínculo (CLT ou servidor público) se destacou entre as variáveis contextuais consideradas neste estudo, associando-se a demandas de trabalho, sentimento de injustiça organizacional, relacionamento com superior imediato e previdência social, demonstrando ser uma importante variável de RT em nosso contexto. Por outro lado, não foram constatadas diferenças entre os trabalhadores com TMC ou LME. As descobertas desta pesquisa de doutorado colaboram na construção da psicologia das organizações e do trabalho enquanto ciência aplicada, visando atender às necessidades dos profissionais da área, assim como no desenvolvimento e fortalecimento do processo de investigação científica no contexto do RT.

**Palavras-chave:** autoconfiança; autoeficácia; adaptação transcultural; evidências de validade; reinserção no trabalho.

## ABSTRACT

Self-efficacy for returning to work is the workers' belief in their ability to act satisfactorily to resume their occupational activities (Lagerveld et al., 2010), it is a concept that has as its epistemological and theoretical basis Bandura's cognitive social approach and, more specifically, in the theory of self-efficacy. The main objective of this research was to adapt and obtain evidence of validity of the instrument Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES), by Corbière et al. (2017), for the Brazilian context. To this end, three related studies were developed: In study 1, an integrative literature review was carried out on the state of the art of research on self-efficacy for returning to work; study 2 was divided into two stages: (a) the adaptation of ROSES, as well as the semantic validity through a pilot study with the target population and (b) the evaluation of the internal structure and reliability of ROSES BR with a sample of 370 Brazilian workers absent from work due to CMD (n=158) and MSD (n=212), in the process of returning to work, aged between 23 and 64 years (M= 41.59 years, SD = 8.49). In the third study, of a correlational nature, associations were verified between the dimensions of the ROSES – Brazil scale, for the CMD and MSD versions, and the worker profile variables, developed from the data obtained with the application of the sociodemographic questionnaire and the scale ROSES BR. Among the main findings, the integrative review study found that the process of returning to work after sick leave involves physical, psychological and contextual factors, highlighting the importance of the self-efficacy construct as a psychological resource capable of influencing the decision of the worker for their RTW, so that people with positive self-efficacy beliefs have better success rates in their RTW. In the study of adaptation and evidence of validity of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES), a reduced version of the original model was obtained, some items were deleted because they did not fit properly in our context of study. With the tool adapted in Brazil, study 3 showed that the type of employment (CLT or civil servant) stood out among the contextual variables considered in this study, being associated with work demands, feelings of organizational injustice, relationship with immediate superior and social security, proving to be an important TR variable in our context, on the other hand, no differences were found between workers with CMD or MSD. The findings of this doctoral research collaborate in the construction of organizational and work psychology as an applied science, aiming to meet the needs of professionals in the area, as well as in the development and strengthening of the scientific investigation process in the context of RTW.

**Keywords:** self-confidence; self-efficacy; cross-cultural adaptation; validity evidence; reinsertion at work.

## RESUMEN

La autoeficacia para el retorno al trabajo es la creencia de los trabajadores en su capacidad de actuar satisfactoriamente para retomar sus actividades ocupacionales (Lagerveld et al., 2010), es un concepto que tiene como base epistemológica y teórica el enfoque social cognitivo de Bandura y, más específicamente, en la teoría de la autoeficacia. El principal objetivo de esta investigación fue adaptar y obtener evidencia de validez del instrumento Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES), de Corbière et al. (2017), para el contexto brasileño. Para ello se desarrollaron tres estudios relacionados: en el estudio 1 se realizó una revisión integradora de la literatura sobre el estado del arte de las investigaciones sobre autoeficacia para el retorno al trabajo; el estudio 2 se dividió en dos etapas: (a) la adaptación de ROSES, así como la validez semántica a través de un estudio piloto con la población objetivo y (b) la evaluación de la estructura interna y confiabilidad de ROSES BR con un muestra de 370 trabajadores brasileños ausentes del trabajo por TMC (n=158) y LME (n=212), en proceso de reincorporación al trabajo, con edades entre 23 y 64 años (M= 41,59 años, DE = 8,49). En el tercer estudio, de carácter correlacional, se verificaron asociaciones entre las dimensiones de la escala ROSES – Brasil, para las versiones TMC y LME, y las variables de perfil del trabajador, desarrolladas a partir de los datos obtenidos con la aplicación del cuestionario sociodemográfico y el escala ROSES BR. Entre los principales hallazgos, el estudio de revisión integrativa encontró que el proceso de retorno al trabajo después de una baja por enfermedad involucra factores físicos, psicológicos y contextuales, destacando la importancia del constructo de autoeficacia como recurso psicológico capaz de influir en la decisión del trabajador para su RT, de modo que las personas con creencias positivas de autoeficacia tengan mejores tasas de éxito en su RT. En el estudio de adaptación y evidencia de validez de la Escala de Obstáculos para el Regreso al Trabajo y Autoeficacia (ROSES), se obtuvo una versión reducida del modelo original, algunos ítems fueron eliminados por no encajar adecuadamente en nuestro contexto de estudio. Con la herramienta adaptada en Brasil, el estudio 3 mostró que el tipo de empleo (CLT o funcionario) se destacó entre las variables contextuales consideradas en este estudio, estando asociado a exigencias laborales, sentimientos de injusticia organizacional, relación con el superior inmediato y seguridad social, resultando ser una variable importante en nuestro contexto, por otro lado, no se encontraron diferencias entre trabajadores con TMC o LME. Los hallazgos de esta investigación doctoral colaboran en la construcción de la psicología organizacional y del trabajo como ciencia aplicada, buscando satisfacer las necesidades de los profesionales del área, así como en el desarrollo y fortalecimiento del proceso de investigación científica en el contexto de la RT.

**Palabras clave:** autoconfianza; autoeficacia; adaptación transcultural; evidencia de validez; reinserción laboral.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas da pesquisa e estratégias de investigação.....	20
Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos .....	29
Figura 3 - Curva de Informação do Teste (CIT) de cada dimensão da escala ROSES.....	64
Figura 4 - Estrutura fatorial da Escala ROSES .....	66
Figura 5 - Fluxograma das etapas de tradução e obtenção de evidências de validade de ROSES-BR .....	109

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Fonte, origem e objetivo dos estudos eleitos .....	30
Tabela 2 - Características metodológicas e principais descobertas dos estudos da revisão integrativa .....	32
Tabela 3 - Instrumentos para avaliação da autoeficácia com foco em RT .....	38
Tabela 4 - Indicadores de ajuste dos modelos testados .....	60
Tabela 5 - Estrutura fatorial da medida .....	61
Tabela 6 - Parâmetros individuais dos itens (discriminação e dificuldade) .....	62
Tabela 7 - Caracterização das variáveis independentes deste estudo .....	78
Tabela 8 - Resultados do teste comparativo do modelo multivariado .....	82
Tabela 9 - Associações evidenciadas no teste univariado para a versão TMC .....	82
Tabela 10 - Modelo multivariado de LME .....	88
Tabela 11 - Associações evidenciadas no teste univariado para a versão LME .....	89
Tabela 12 - Descobertas e correlações entre os estudos 1, 2 e 3 da tese de doutorado .....	111

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFCMG	Análise Fatorial Confirmatória Multi Grupo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
C.C.	Confiabilidade Composta
CCI	Curva Característica do Item
CCT	Curva de Informação do Teste
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Covid-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
DC	Dificuldade cognitiva
DEvt	Difícil equilíbrio vida e trabalho
DF	Dor física
DP	Desvio Padrão
DrM	Dificuldade relacionada à medicação
DT	Demandas de trabalho
ITC	<i>International Test Commission</i>
LAPPOT	Laboratório de Psicologia Positiva das Organizações e do Trabalho
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LME	Lesões Musculoesqueléticas
M	Média
MEE	Modelagem por Equações Estruturais
MR	Medo de recaída
PePSIC	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PERMANOVA	Análise de Variância Multivariada Permutacional
PMrt	Perda da motivação para retornar ao trabalho
POT	Psicologia Organizacional e do Trabalho
RDc	Relação difícil com colegas
RDci	Relação difícil com o chefe imediato
RDps	Relação difícil com a Previdência Social

RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RMSEA	Raiz do erro quadrático médio de aproximação
ROSES	<i>Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale</i>
ROSES BR	Escala de Obstáculos e Autoeficácia para o Retorno ao Trabalho Brasil
RPPS	Regime Próprio de Previdência Social
RT	Retorno ao Trabalho
RTE	Retorno ao Trabalho Eficaz
RTWSE-19	<i>Return-to-Work Self-Efficacy (19 itens)</i>
RTWSE-10	<i>Return-to-Work Self-Efficacy (10 itens)</i>
RTW-SE	<i>Return-to-work self-efficacy' scale</i>
RTW-SE	<i>Return-to-work self-efficacy</i>
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIO	Sentimento de injustiça organizacional
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
TM	Transtorno mental
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
WLSMV	<i>Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted</i>
WoS	<i>Web of Science</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DA PESQUISA</b> .....	<b>19</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3</b>	<b>BASES EPISTEMOLÓGICA, TEÓRICA E METODOLÓGICA</b> .....	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>ESTRUTURA DA TESE</b> .....	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>ESTUDO 1 – AUTOEFICÁCIA PARA O RETORNO AO TRABALHO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	<b>25</b>
5.1	INTRODUÇÃO .....	26
5.2	MÉTODO.....	27
5.3	AUTOEFICÁCIA E O RETORNO AO TRABALHO: CONCEITO, AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO.....	30
5.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
5.5	REFERÊNCIAS.....	45
<b>6</b>	<b>ESTUDO 2 – ADAPTAÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E DE CONFIABILIDADE DE RETURN-TO-WORK OBSTACLES AND SELF- EFFICACY SCALE (ROSES) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO</b> .....	<b>50</b>
6.1	INTRODUÇÃO .....	51
6.2	MÉTODO.....	53
6.2.1	Caracterização do estudo .....	53
6.2.2	Participantes e contexto da pesquisa .....	54
6.2.3	O processo de adaptação e evidências de validade de ROSES para o contexto brasileiro .....	56
6.2.4	Instrumentos de coleta de dados.....	58
6.2.5	Aspectos éticos .....	60
6.3	RESULTADOS .....	60
6.4	DISCUSSÃO .....	66
6.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
6.6	REFERÊNCIAS.....	70
<b>7</b>	<b>ESTUDO 3 – AUTOEFICÁCIA PARA O RETORNO AO TRABALHO: UMA CARACTERIZAÇÃO MULTIGRUPAL</b> .....	<b>74</b>
7.1	INTRODUÇÃO .....	75

7.2	MÉTODO.....	76
7.2.1	Natureza e delineamento da pesquisa .....	76
7.2.2	Participantes e contexto da pesquisa .....	77
7.2.3	Instrumentos de coleta de dados.....	79
7.2.4	Procedimentos de análise de dados.....	81
7.2.5	Aspectos éticos .....	81
7.3	RESULTADOS .....	81
7.3.1	Comparações entre grupos para a versão TMC .....	81
7.3.2	Comparações entre grupos para a versão LME.....	88
7.4	DISCUSSÃO .....	94
7.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
7.6	REFERÊNCIAS.....	102
8	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>106</b>
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>113</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>116</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E</b>	
	<b>ESCLARECIDO .....</b>	<b>126</b>
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PERFIL DO TRABALHADOR .....</b>	<b>130</b>
	<b>APÊNDICE C – ROSES BRASIL.....</b>	<b>132</b>
	<b>ANEXO A – ROSES (CORBIÈRE ET AL., 2017) .....</b>	<b>138</b>
	<b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE</b>	
	<b>ROSES.....</b>	<b>150</b>
	<b>ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>151</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Compreender os fatores que influenciam o tempo para o retorno ao trabalho e a efetividade da reintegração laboral após um episódio de afastamento é um objetivo científico importante (Silva-Junior et al., 2018). O conceito e o construto<sup>1</sup> da autoeficácia poderão ser úteis para explicar e prever fenômenos no trabalho, sobretudo com foco em trabalhadores que se encontram em processo de retorno ao trabalho (Lagerveld et al., 2010), a qual demonstra influência no comportamento humano, bem como no esforço, persistência, padrões de pensamento, metas e atribuições (Shaw et al., 2011).

A teoria da autoeficácia surgiu a partir dos primeiros estudos de Bandura<sup>2</sup> na década de 1970, desenvolvidos em âmbito clínico no tratamento de fobias. Bandura observou que as pessoas que iniciavam o tratamento sugerido passaram a verbalizar sentimentos positivos de confiança e isto fazia com que as mesmas pudessem alcançar a superação pontual do objeto amedrontador e mostravam-se mais confiantes, como se a perda do medo tivesse feito com que apresentassem mais controle sobre outros aspectos da própria vida. Isto foi o suficiente para que Bandura se dedicasse à compreensão cognitivista do fenômeno da confiança (Bandura, 2006; Polydoro et al., 2010).

No artigo *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*, no periódico *Psychological Review*, Bandura (1977) apresentou o conceito de crenças de autoeficácia à comunidade científica. Contudo, a definição não é a mesma utilizada atualmente; inicialmente, referia-se à “convicção de que alguém pode executar com sucesso o comportamento requerido para produzir resultados” (Bandura, 1977, p. 193) e, a partir de 1997, a autoeficácia passa a ser concebida como “[...] as crenças que o indivíduo possui em sua capacidade de organizar e executar cursos de ações requeridas para produzir certas realizações” (Bandura, 1997b, p. 3). As mudanças estão relacionadas ao amadurecimento do conhecimento sobre o fenômeno, com base em estudos nos quais o construto foi aplicado, e a principal diferença está na dimensão de análise que apresentava a ideia de produção bem sucedida (convicção) e, posteriormente, uma avaliação da competência pessoal (julgamento e crenças) (Azzi & Polydoro, 2006).

---

<sup>1</sup> Um construto exige dois tipos de definições: a definição constitutiva (ou conceitual) e a definição operacional. Na definição constitutiva, o construto é definido por meio de outros conceitos já demarcados por uma teoria, que se juntam para dar-lhe corpo. As definições operacionais fazem com que o construto e seus atributos possam ser identificados funcionalmente (Pasquali, 2010).

<sup>2</sup> O psicólogo Albert Bandura é autor da Teoria Social Cognitiva e tem como base a linha behaviorista da Psicologia, porém vê o comportamento humano com um viés cognitivo. Foi o precursor dos estudos sobre autoeficácia e, através da teoria da autoeficácia, conseguiu descrever a relação entre as mudanças cognitivas e comportamentais (Pesca, 2013).

A autoeficácia é descrita, também, como uma habilidade individual adaptativa de busca e alcance de uma meta específica, situando-se na base de uma agência humana, pois exerce um papel central na autorregulação da motivação por metas desafiadoras e expectativas de resultados (Chia-Huei Wu, 2009). A agência humana significa a capacidade de uma pessoa de desenvolver mecanismos de autorregulação que poderão determinar o caminho a ser seguido e poder interferir no curso dos acontecimentos conforme o seu interesse (Torisu & Ferreira, 2009).

Desse modo, a autoeficácia determina o comportamento por meio de processos cognitivos, motivacionais, afetivos e de decisão (Pedrazza et al., 2018), de modo que as pessoas tenham percepção de controle sobre seu próprio funcionamento (pensamentos, sentimentos e ações) e sobre os elementos do ambiente. Essa percepção de controle sobre sua vida determina os tipos de ações que os indivíduos escolhem empreender e sua perseverança apesar das dificuldades (Bandura, 1997b; Meseguer et al., 2014).

A autoeficácia também tem um papel significativo na motivação, podendo influenciar a pessoa quanto à condição de aumentar, diminuir ou manter a motivação (Molero et al., 2018). A principal razão para isso é que, quando as pessoas não acreditam que suas ações produzirão os resultados desejados, elas dificilmente se motivam para agir ou perseveram diante de dificuldades (Bandura, 1997b). É nesse sentido que a autoeficácia pode ser considerada a base para a motivação de uma pessoa, pois crenças de autoeficácia robustas levam o indivíduo a uma maior motivação durante a realização de tarefas (Molero et al., 2018).

Segundo Bandura (1997b), as crenças de autoeficácia são construídas a partir de quatro fontes principais de informação: (a) experiências passadas – são os julgamentos sobre as próprias capacidades após a realização de uma tarefa; sucessivos êxitos em tarefas levam ao desenvolvimento de crenças de autoeficácia mais positivas; (b) experiências vicárias – dizem respeito à realização de uma tarefa a partir de um modelo; não se trata de imitação, mas da observação e reprodução de comportamentos de alguém que lhe é importante ou que a mesma admira; (c) persuasão verbal ou social – consiste no encorajamento verbal sobre as próprias capacidades e feedbacks que informam o indivíduo acerca de suas capacidades; por fim (d) estados fisiológicos – são reações fisiológicas e afetivas a partir das quais as pessoas parcialmente julgam suas capacidades, influenciando a percepção de autoeficácia.

Outro elemento importante para a compreensão do conceito de autoeficácia é que este fenômeno possui um melhor poder preditivo quando avaliado de maneira específica, porque as pessoas diferem nas suas crenças sobre suas competências e sucesso em diferentes áreas da

vida. Desse modo, dizer que a pessoa tem crença de autoeficácia alta de modo geral significa que haverá uma variável pouco explicativa do comportamento subsequente. Por outro lado, quando é avaliada de modo específico, obtêm-se resultados mais esclarecedores em razão de uma maior especificidade do domínio. Portanto, a utilização de uma medida de autoeficácia específica em vez de uma medida geral produz resultados mais consistentes, motivo pelo qual este construto é estudado em contextos de saúde, educação, trabalho, esporte e performance, entre outros (Bandura, 2001; Nunes & Oliveira, 2018; Pesca et al., 2022).

Aplicada ao contexto do retorno ao trabalho (RT), a autoeficácia é a crença dos trabalhadores na sua capacidade de se comportar/agir das formas necessárias para retomar suas atividades laborais (Lagerveld et al., 2010). Para compreender o conceito, na prática a noção de autoeficácia para o RT significa que a inclinação do trabalhador em querer superar barreiras potenciais percebidas no seu retorno ao trabalho será amplamente influenciada por suas crenças de autoeficácia sobre como executar esta ação. Quanto maior o seu nível de autoeficácia, maior a probabilidade para superar uma barreira potencial percebida para o RT. Os trabalhadores podem, por exemplo, ver um conflito com os colegas de trabalho como uma grande barreira de retorno ao trabalho, mas se sentem completamente capazes de superar essa dificuldade porque acreditam que estão preparados para isso (Corbière et al., 2017).

A autoeficácia para o retorno ao trabalho (RT) é um conhecimento recente incorporado à literatura científica por Lagerveld et al. (2010), com base no conceito de autoeficácia de Bandura (1977), ambos inseridos na teoria social cognitiva, perspectiva teórica de Albert Bandura. A autoeficácia para o RT tem sido considerada em diversas pesquisas e, dentre os elementos envolvidos no processo de RT, é um dos recursos individuais relevantes, de natureza psicológica, estudados neste campo (Corbière et al., 2017; Black et al., 2018).

O RT é definido como o período imediatamente posterior ao término da Licença para Tratamento de Saúde (LTS) e consiste na retomada das atividades laborais (Riedl et al., 2020). Trata-se de um processo multifacetado e complexo, no qual a melhora da saúde é necessária, mas não é decisiva para o retorno ao trabalho (Andersen et al., 2012). Dimensões física (situação de saúde do indivíduo), psicológica (por exemplo, a autoeficácia) e social (condições de vida e de trabalho, políticas organizacionais, renda, questões de seguridade social etc.) têm efeito nas decisões das pessoas no que diz respeito ao absentismo e à retomada do trabalho (Henderson et al., 2005; Løvvik et al., 2014). A respeito da dimensão psicológica, é de suma importância analisar a percepção do trabalhador de considerar-se capaz para retomar suas atividades profissionais.

Visto isso, adotar uma perspectiva biopsicossocial do trabalhador possibilita-nos compreender elementos envolvidos no retorno ao trabalho (Gagnano et al., 2022). Por exemplo, em um estudo longitudinal, analisaram-se fatores que influenciam o tempo e a efetividade após o período de afastamento; fatores relacionados a características sociodemográficas, ao comportamento de risco para a saúde e à condição clínica no afastamento influenciam o tempo de retorno ao trabalho, enquanto os fatores relacionados a aspectos psicológicos, características da história ocupacional e o processo de acolhimento do trabalhador na empresa influenciam a efetividade do retorno (Silva-Junior et al., 2017). Tão importante quanto identificar o que influencia no retorno ao trabalho, é compreender como os trabalhadores reagem diante de desafios e suas crenças de autoeficácia sobre a superação dos obstáculos, as quais podem influenciar significativamente o retorno ao trabalho de indivíduos (Corbière et al., 2017).

A partir de uma revisão integrativa da literatura realizada em periódicos científicos nacionais e internacionais em Saúde, Psicologia e Psicologia Organizacional e do Trabalho, a qual fundamentou esta tese de doutorado, foi possível perceber a escassez de trabalhos relacionados à mensuração da autoeficácia para o retorno ao trabalho e, também, mapear o que foi efetivamente produzido sobre o tema nos últimos anos. Além da expectativa de contribuir para o aumento da compreensão da autoeficácia para o retorno ao trabalho no contexto brasileiro, o construto foi analisado no Brasil em uma amostra de trabalhadores com transtornos mentais (Silva-Junior et al., 2017; Silva-Junior et al., 2018).

Existe um instrumento capaz de mensurar o construto da autoeficácia para o retorno ao trabalho de trabalhadores com transtornos mentais comuns ou lesões musculoesqueléticas desenvolvido por Corbiere et al. (2017). Contudo, a ferramenta não está disponível para uso no contexto brasileiro, sendo necessário, portanto, um processo de adaptação transcultural e aferição das propriedades psicométricas em uma amostra de trabalhadores brasileiros. Portanto, este estudo tem a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as evidências de validade e confiabilidade de uma Escala de Obstáculos e Autoeficácia para o Retorno ao Trabalho para trabalhadores brasileiros - ROSES Brasil?

Exposto isso, cabe salientar que esta pergunta de pesquisa será respondida teórica e empiricamente por meio dos estudos desenvolvidos nesta pesquisa de tese de doutorado. O primeiro estudo, refere-se a uma pesquisa de natureza teórica sobre o construto autoeficácia para o retorno ao trabalho. O segundo, a adaptação e as evidências de validade de um instrumento de obstáculos e autoeficácia para o retorno ao trabalho para o contexto brasileiro com uma população de trabalhadores afastados por transtornos mentais comuns ou lesões

musculoesqueléticas. O terceiro estudo trará resultados de uma pesquisa empírica visando mostrar associações entre as características da população estudada no contexto de aplicação do instrumento e as dimensões do instrumento adaptado. Dessa forma, será apresentada a caracterização conceitual do fenômeno estudado, as evidências empíricas de um modelo teórico sobre autoeficácia para o retorno ao trabalho e, conseqüentemente, o desenvolvimento de um processo de aferição de propriedades psicométricas do instrumento de medida adaptado e a investigação de determinantes do processo de RT de uma amostra de trabalhadores brasileiros ausentes do trabalho.

O construto autoeficácia para o retorno ao trabalho, incluindo um estudo para a obtenção de evidências de validade de instrumento com trabalhadores afastados do trabalho por transtornos mentais comuns ou lesões musculoesqueléticas, é um procedimento bastante relevante do ponto de vista científico e social. A pesquisa contribuirá com a atuação de psicólogos e demais profissionais que atuam no campo da reabilitação de trabalhadores no Brasil, com a adaptação e evidências de validade de um instrumento de mensuração da autoeficácia para o retorno ao trabalho para trabalhadores brasileiros com transtornos mentais comuns ou lesões musculoesqueléticas; será possível avaliar esta população e verificar possibilidades para direcionar ou aperfeiçoar a conduta clínica, permitindo uma correspondência mais precisa às necessidades de assistência. Desse modo, o estudo contribui para direcionar e potencializar intervenções para o processo de retorno ao trabalho.

Além de auxiliar profissionais, estudos de construção e/ou adaptação de instrumentos de mensuração da autoeficácia no âmbito do RT podem subsidiar pesquisadores em seus projetos de pesquisa que visam saúde, bem-estar e qualidade de vida dos trabalhadores e para um RT bem-sucedido. A pesquisa também contribui para disseminar o conhecimento científico acerca deste objeto de estudo no Brasil, tendo em vista a escassez de instrumentos e estudos que avaliem a autoeficácia para o RT no contexto brasileiro, conforme observado no estudo de revisão integrativa realizado nesta tese.

A proposta de uma escala para profissionais e pesquisadores também contribuirá com duas áreas de estudo das ciências psicológicas. Os estudos desenvolvidos para esta tese contribuirão de modo especial para o desenvolvimento da área de Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT) ao abordar o retorno ao trabalho de trabalhadores, uma vez que a maioria dos estudos sobre o trabalho e as licenças médicas disponíveis são voltados à investigação de causas de adoecimentos e afastamentos relacionados ao trabalho, ampliando, portanto, a produção do conhecimento em POT (D'Amato & Zijlstra, 2010). Além disso, o Estudo 2 contribuirá com a área de Avaliação Psicológica, no âmbito da construção, adaptação e análise

de propriedades psicométricas de instrumentos de medida para o contexto de RT de trabalhadores.

Do mesmo modo, esta pesquisa de doutorado ampliará discussões acerca da Psicologia Positiva. A autoeficácia é um construto inserido na Psicologia Positiva por meio do conceito de Capital Psicológico Positivo junto com a resiliência, o otimismo e a esperança (Luthans et al., 2007). Pretende-se, desta forma, contribuir com avanços científicos para a área; as contribuições são referentes a uma pesquisa sobre a autoeficácia e uma proposta de medida para avaliação do construto no âmbito do retorno ao trabalho.

## 2 OBJETIVOS DA PESQUISA

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Obter evidências de validade da *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES), de Corbière et al. (2017), para o contexto brasileiro.

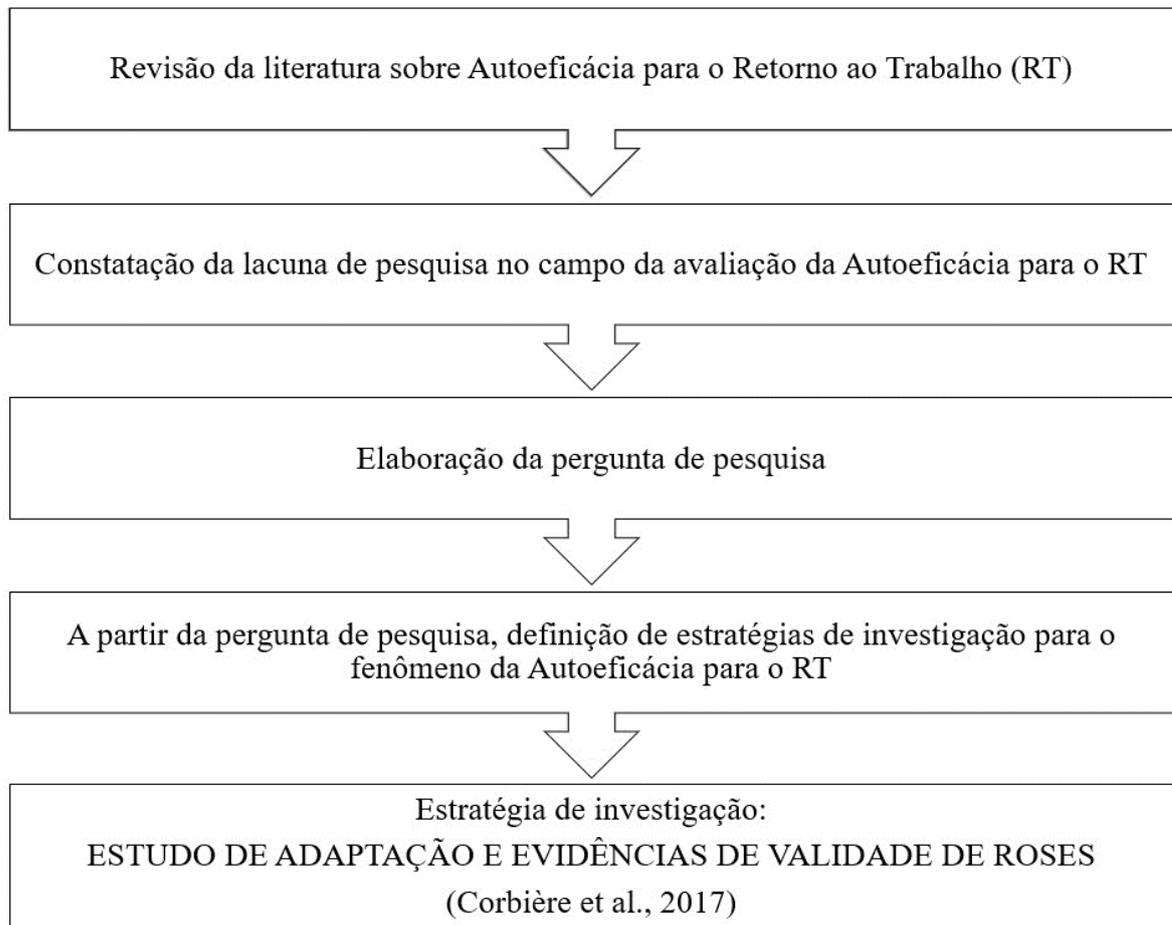
### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o conceito de autoeficácia para o retorno ao trabalho, abordando as produções científicas sobre o tema;
- Realizar a adaptação e investigar evidências de validade semântica da escala *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES);
- Investigar evidências de validade da estrutura interna e de confiabilidade da escala ROSES no contexto brasileiro; e
- Verificar a associação entre as variáveis do perfil do trabalhador e os escores da escala ROSES Brasil.

### 3 BASES EPISTEMOLÓGICA, TEÓRICA E METODOLÓGICA

Serão apresentados, neste capítulo, a delimitação do escopo da pesquisa, a perspectiva epistemológica e teórica adotada e os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa de tese de doutorado. Quanto aos desdobramentos que levaram à decisão das estratégias de investigação (design do estudo), encontram-se na Figura 1.

Figura 1 - Etapas da pesquisa e estratégias de investigação



Inicialmente, estabeleceu-se o interesse e a decisão pelo escopo desta pesquisa a partir de uma revisão da literatura sobre o construto “Autoeficácia para o Retorno ao Trabalho” e a identificação de possíveis lacunas teóricas e empíricas para fazer pesquisa. No estudo de revisão integrativa, observou-se a escassez de pesquisas sobre a autoeficácia para o RT no Brasil, além de poucos instrumentos disponíveis para mensuração do construto, tanto na literatura em geral quanto nacional.

Nesse sentido, confirmou-se a oportunidade de explorar um fenômeno relativamente novo, a autoeficácia para o retorno ao trabalho, e o desenvolvimento de um estudo de adaptação e evidências de validade de um instrumento para uso em intervenções e pesquisas com trabalhadores brasileiros. O cenário científico a respeito do tema também levou à escolha do delineamento metodológico do Estudo 3, no qual foi verificada associação entre variáveis com uma população de trabalhadores brasileiros, utilizando-se o instrumento adaptado no Estudo 2.

Exposto isso, interessa também esclarecer a natureza e os procedimentos metodológicos utilizados nos estudos que constituíram esta tese, que se caracterizam como estudos exploratório, descritivo e correlacional. Exploratório, pois visa ampliar a compreensão do fenômeno autoeficácia para o retorno ao trabalho por meio de um levantamento bibliográfico e da discussão de resultados de pesquisas (Gil, 2019), conforme exposto no Estudo 1 de revisão integrativa da literatura. Descritivo, ao descrever as características do fenômeno investigado e suas relações, sendo contemplado no Estudo 2. Para Vergara (2015), pesquisas descritivas são levantamentos de dados que buscam revelar as características específicas do fenômeno sob estudo e sua relação com o contexto. A natureza correlacional da pesquisa está em determinar as relações que existem entre as variáveis sob investigação – Estudo 3. O fato de haver relação entre variáveis, dizemos que estão correlacionadas, descritas em termos de coeficientes de correlação. Portanto, a escolha metodológica feita resultou três artigos: um estudo teórico qualitativo, e dois empíricos, sendo que cada um corresponde a uma etapa distinta da pesquisa, porém relacionadas.

O primeiro consistiu em um levantamento bibliográfico sobre o construto de interesse. Assim, no Estudo 1 - Autoeficácia para o Retorno ao Trabalho: Revisão Integrativa da Literatura, realizou-se uma revisão da literatura com base no modelo proposto por Botelho et al. (2011), composto por seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) categorização dos estudos selecionados; 5) análise e interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Ao aprofundar o conhecimento científico sobre a autoeficácia no âmbito do retorno ao trabalho, evidencia-se variáveis preditoras, modelos de mensuração do construto, bem como o modelo balizador desta investigação que levou ao desenvolvimento dos demais estudos.

O segundo estudo, de caráter psicométrico, enquadra-se no âmbito dos estudos que envolvem a construção e evidências de validade de instrumentos. No Estudo 2 – Adaptação e Evidências de Validade e Confiabilidade de uma Escala de Obstáculos e Autoeficácia para o

Retorno ao Trabalho para trabalhadores brasileiros - ROSES Brasil, foram realizadas as etapas de adaptação transcultural de um instrumento para mensuração da autoeficácia para o retorno ao trabalho, considerando os aspectos culturais e os parâmetros de validade semântica. A validade semântica foi realizada por meio de estudo piloto com 10 trabalhadores que apresentavam os critérios de inclusão da pesquisa. Após procedimentos de tradução e adaptação, procedeu-se às análises estatísticas para a validade da estrutura interna e confiabilidade do instrumento. A pesquisa foi realizada por meio da aplicação do questionário sociodemográfico e da escala ROSES com 370 trabalhadores brasileiros em processo de retorno ao trabalho; o modelo original do instrumento, proposto por Corbière et al. (2017), foi testado via Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

No Estudo 3 – Autoeficácia para o retorno ao trabalho: Uma caracterização Multigrupal, com delineamento correlacional, são apresentados os resultados das associações entre as variáveis dependentes, i.e., as dimensões da escala ROSES-BR para TMC e LME, com as variáveis independentes, obtidas a partir dos dados do questionário sociodemográfico da amostra do estudo anterior. Os dados foram analisados a partir da Análise Multivariada de Variância por Permutações (PERMANOVA), além de modelos univariados para investigar diferenças entre grupos nos níveis das dimensões da escala ROSES-BR, e os resultados foram comparados com as evidências encontradas na literatura científica.

Ressalta-se que os procedimentos metodológicos utilizados na construção de cada um dos estudos estão em detalhes em seus respectivos artigos/capítulos. Por fim, os procedimentos metodológicos dos estudos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob parecer número 4.937.167, e conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 510 de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, e pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia n.º 010/2012, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos.

A escolha epistemológica para nortear esta pesquisa de tese de doutorado encontra-se pautada no movimento cognitivista, orientação teórica que apontou um novo entendimento sobre o comportamento humano. O construto da autoeficácia, que tem origem principal na Teoria Social Cognitiva (TSC), desenvolvida também por Bandura, está atrelada ao amadurecimento da psicologia cognitiva (Bandura, 2001). Ao observar que as pessoas que passaram pelo tratamento de fobia demonstravam maior confiança em outros aspectos das suas vidas, Bandura iniciou estudos sobre como o sistema de crenças do ser humano em relação às suas próprias capacidades, influenciava nas ações desenvolvidas por elas rumo às

suas metas e objetivos (Polydoro et al., 2010). Assim, a cognição humana adquiriria cada vez mais presença nos estudos empíricos da psicologia, antes dominados pelo Behaviorismo e pela perspectiva do comportamento observável pelo pesquisador.

Na teoria cognitiva, os teóricos se interessam pela relação entre cérebro e mente e compreendem que os comportamentos não são simplesmente resultados de estímulos e respostas, mas que as pessoas também atuam com criatividade e são capazes de perceber e interpretar os estímulos do ambiente e aprender com eles (Schultz & Schultz, 2014; Silva et al., 2018).

Pode-se observar nas teorias de Bandura aspectos paradigmáticos interpretativistas, que se caracterizam por tentar explicar os fenômenos sociais em um âmbito subjetivo (Burrell & Morgan, 2005). Indo ao encontro desta perspectiva, o fenômeno da autoeficácia deve ser pesquisado por meio da percepção das pessoas e de como essas percepções afetam o funcionamento humano. Assim, o pesquisador poderá compreender este funcionamento a partir do entendimento das crenças de autoeficácia (Bandura, 1997b; Meseguer et al., 2014).

Além disso, a perspectiva interpretativista visa compreender o mundo social como um processo resultante das atividades individuais (Burrell & Morgan, 2005). Segundo os autores, o ser humano, mesmo pertencendo a uma realidade social e sendo influenciado, tem a capacidade de provocar mudanças ambientais por meio do seu papel ativo. Este aspecto é citado por Bandura na TSC (2001), que destaca o papel de agência do ser humano. Ser agente significa ser capaz de desenvolver mecanismos de autorregulação que poderão determinar o caminho a ser seguido e poder interferir no curso dos acontecimentos conforme o seu interesse (Torisu & Ferreira, 2009). Dessa forma, este estudo também se aproxima do construcionismo social (interacionismo simbólico), abordagem na qual o conhecimento é construído socialmente Gergen (2009), tornando-se um dos pilares teóricos básicos fundamentais do estudo.

#### **4 ESTRUTURA DA TESE**

Esta tese de doutorado está estruturada em nove capítulos, apresentados na seguinte ordem: O capítulo 1 se refere ao conteúdo introdutório, mostrando-se também a relevância científica e social do estudo e as motivações para a escolha do tema. No capítulo 2, são apresentados os objetivos da pesquisa, geral e específicos, os quais nortearam todas as etapas da pesquisa. No terceiro capítulo são explanados aspectos do delineamento metodológico e a perspectiva teórica e epistemológica que sustentam esta investigação, pois conhecer e compreender as origens teóricas e epistemológicas às quais a pesquisa está relacionada é substancial para haver maior coerência do trabalho e seus métodos.

No que se refere aos estudos que compuseram esta pesquisa de doutorado, serão apresentados nos capítulos 5, 6 e 7 de forma independente, mas relacionados, estruturados em formato de artigos científicos.

Por fim, após os três artigos que constituíram a base desta tese de doutorado, na sequência (capítulo 8) é realizada uma discussão que integra as principais descobertas, expondo-se também a relação entre os três estudos. Para encerrar a totalidade do estudo, no capítulo 9 estão apresentadas as considerações finais referentes ao estudo de tese, que por sua vez é sequenciada pelas referências que orientaram este trabalho.

## 5 ESTUDO 1 – AUTOEFICÁCIA PARA O RETORNO AO TRABALHO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### Self-Efficacy for Return to Work: An Integrative Literature Review

#### Resumo

A autoeficácia para o retorno ao trabalho é a crença dos trabalhadores na sua capacidade de agir de forma necessária para retomar suas atividades laborais (Lagerveld et al., 2010). Este fenômeno está diretamente associado ao conceito de autoeficácia geral integrado à teoria social cognitiva, perspectiva teórica de Albert Bandura. Este estudo teve como objetivo analisar o conceito de autoeficácia para o retorno ao trabalho, abordando as produções científicas sobre o tema, de modo a compreender este fenômeno. Foi realizada uma revisão integrativa que seguiu seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) categorização dos estudos selecionados; 5) análise e interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Os resultados da revisão indicam que o retorno ao trabalho é um processo que sofre influências de elementos pessoais e contextuais e, ainda que a autoeficácia não seja reconhecida como a única variável pessoal que determina o retorno ao trabalho sustentável, ela influencia diretamente o comportamento do trabalhador no que diz respeito ao tempo e efetividade do seu retorno ao trabalho. Quanto aos elementos contextuais, o papel das organizações se torna essencial quando suas políticas internas influenciam na escolha do trabalhador quanto ao retorno ao trabalho, do mesmo modo que o relacionamento com os supervisores e colegas. Dessa forma, devido à sua natureza multifacetada, ressalta-se a necessidade de integrar diferentes componentes que compõem o processo de retorno ao trabalho. Por fim, identificaram-se possibilidades de estudos sobre medidas para mensuração do construto no Brasil e, de forma geral, a necessidade de ampliação dos estudos sobre o tema em nosso país.

**Palavras-chave:** teoria social cognitiva; autoeficácia; psicologia positiva.

#### Abstract

Self-efficacy for returning to work is the workers' belief in their ability to act as necessary to resume their work activities (Lagerveld et al., 2010). This phenomenon is directly associated with the concept of general self-efficacy integrated into social cognitive theory, Albert Bandura's theoretical perspective. This study aimed to analyze the concept of self-efficacy for returning to work, addressing the scientific production on the subject in order to understand this phenomenon. An integrative review was carried out, which followed six steps: 1) identification of the theme and selection of the research question; 2) establishment of inclusion and exclusion criteria; 3) identification of pre-selected and selected studies; 4) categorization of selected studies; 5) analysis and interpretation of results; and 6) presentation of the knowledge review/synthesis. The results of the review indicate that the return to work is a process that is influenced by personal and contextual elements and, although self-efficacy is not recognized as the only personal variable that determines the return to sustainable work, it directly influences the behavior of the worker with regard to the time and effectiveness of their return to work. As for the contextual elements, the role of organizations becomes essential when their internal policies influence the worker's choice regarding the return to

work, as well as the relationship with supervisors and colleagues. Thus, due to its multifaceted nature, the need to integrate different components that make up the return-to-work process is highlighted. Finally, possibilities for studies on measures for measuring the construct in Brazil were identified and, in general, the need to expand studies on the subject in our country.

**Keywords:** cognitive social theory; self-efficacy; positive psychology.

## 5.1 INTRODUÇÃO

Autoeficácia é a crença que o ser humano possui em sua capacidade de organizar e executar cursos de ações requeridas para produzir certas realizações (Bandura, 1997b). Embora a autoeficácia possa ser analisada e mensurada de maneira geral ou global, como a crença na capacidade de lidar com uma diversidade de demandas desafiadoras, sua utilização em domínios específicos garante resultados mais consistentes (Bandura 1997b; Pajares & Olaz, 2008), motivo pelo qual tem sido estudada em várias áreas do conhecimento, como educação, esportes, saúde, organizações e trabalho, considerada uma variável substancial na compreensão de como e por que as pessoas desistem ou perseveram diante de obstáculos, conseguindo ou não bons resultados com seus esforços (Nunes & Oliveira, 2018). Recentemente, a autoeficácia também esteve em evidência em estudos que analisaram os impactos e desdobramentos referentes à situação de estresse e isolamento impostos pela pandemia de Covid-19, visto que tais estudos apontam importantes contribuições da autoeficácia (Gaeta González et al., 2021; Gir et al., 2022; Herrera et al., 2022).

Desse modo, as crenças de autoeficácia contribuem para compreender, analisar, discutir e intervir em diversos campos da vida dos indivíduos. No âmbito do trabalho, a autoeficácia representa a convicção de uma pessoa de que ela pode executar habilidades relevantes para o seu trabalho (Schyns & von Collani, 2002). Apresenta-se como um recurso importante para os trabalhadores, associando-se positivamente a diversos indicadores psicossociais relacionados ao trabalho, estudada em Psicologia Organizacional e do Trabalho (Gir et al., 2022; Herrera et al., 2022; Barbaranelli et al., 2018; Ventura et al., 2015).

Aplicada especificamente ao contexto do retorno ao trabalho após período de afastamento laboral, a autoeficácia é a crença dos trabalhadores na sua capacidade de se comportar/agir das formas necessárias para retomar suas atividades ocupacionais (Lagerveld et al., 2010). Em outras palavras, a inclinação da pessoa em querer superar possíveis barreiras percebidas no seu retorno ao trabalho será amplamente influenciada por suas crenças de autoeficácia sobre como fazer isso, ou seja, de modo geral, quanto maior o seu nível de

autoeficácia, maior probabilidade de superar obstáculos no retorno ao trabalho (Black et al., 2018; Corbière et al., 2017).

A autoeficácia para o retorno ao trabalho é uma teoria recente incorporada à literatura científica com base no conceito de autoeficácia de Bandura (1977), ambos inseridos na teoria social cognitiva, perspectiva teórica de Albert Bandura. Para estudá-la, além de reconhecer associações teóricas, é importante identificar correlação entre variáveis, instrumentos para mensuração e a operacionalização do construto em trabalhadores. Tais considerações nos levam ao objetivo deste estudo, que apresenta o estado da arte sobre esse fenômeno por meio de uma revisão integrativa da literatura.

## 5.2 MÉTODO

Estudos que representassem o estado da arte sobre o construto da autoeficácia para o retorno ao trabalho foram mapeados e selecionados por meio de uma revisão integrativa da literatura, com base no modelo proposto por Botelho et al. (2011). O método escolhido tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema ou questão delimitada, de maneira sistemática e ordenada, de modo que se alcance uma compreensão abrangente do fenômeno sob investigação (Mendes et al., 2008), indo ao encontro do objetivo deste estudo. A revisão integrativa é um tipo de revisão da literatura que permite desenvolver o estudo de revisão com um escopo mais amplo, possibilitando analisar publicações teóricas ou empíricas, pautadas em abordagens metodológicas quantitativas ou qualitativas, contribuindo para o desenvolvimento teórico da área estudada com a geração de novos conhecimentos, assim como implicações para as práticas no contexto de pesquisa inserido (Botelho et al., 2011).

O método de revisão integrativa de Botelho et al. (2011) é composto por seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) categorização dos estudos selecionados; 5) análise e interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Com base nessas seis etapas, serão apresentados os procedimentos referentes ao desenvolvimento deste trabalho.

A primeira fase da revisão integrativa é referente à definição do problema e dos objetivos da pesquisa; são definidas também as estratégias de busca, os descritores utilizados e as bases de dados consultadas durante a pesquisa (Botelho et al., 2011; Mendes et al., 2008). A estratégia de busca utilizada contou com termos principais e alternativos ([self-efficacy OR

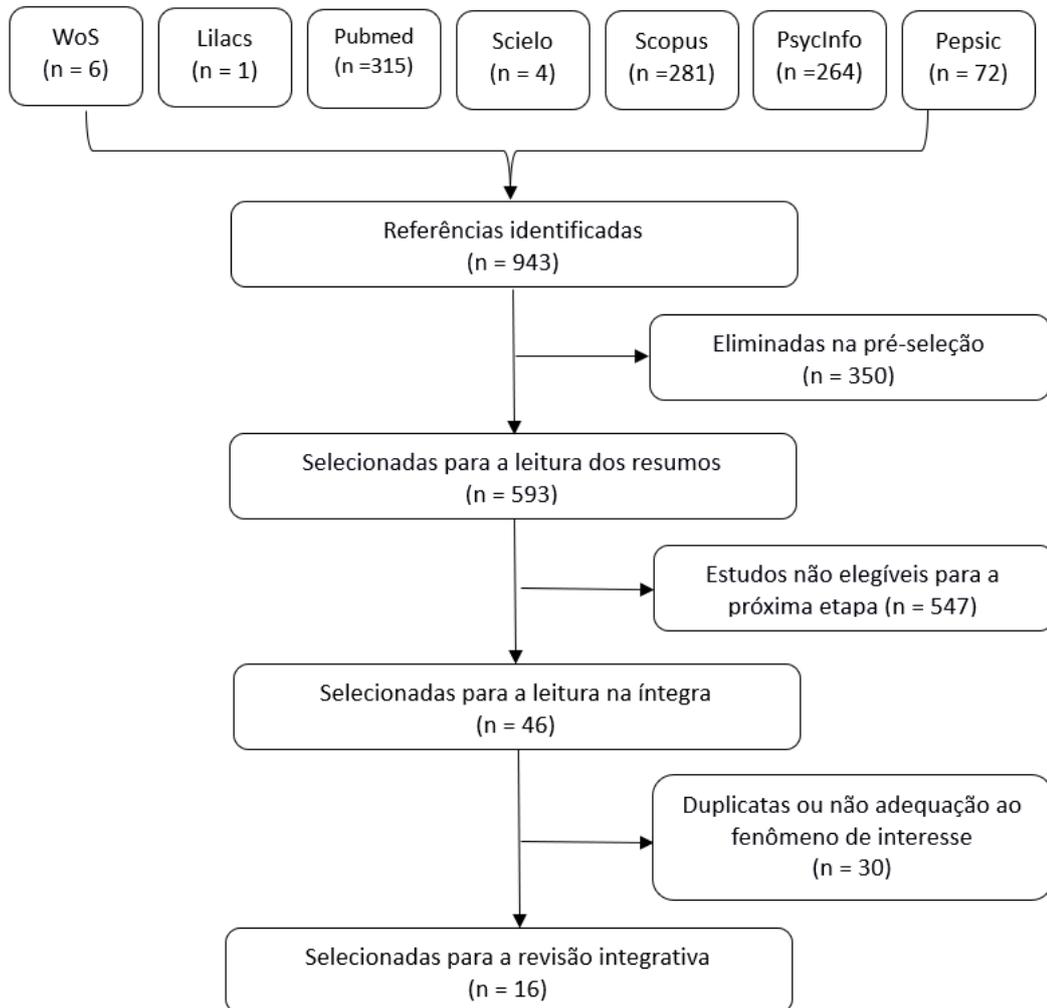
“individual effectiveness” OR “perceived individual effectiveness”) AND [labor OR labour OR work OR job] AND [workers] AND [organizational OR organisational OR organization OR organisation]) e ocorreu no mês de junho de 2020. Foram acessadas seis bases de dados (Web of Science, Lilacs, PubMed, SciELO, Scopus e PsycInfo) e o Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), no intuito de reunir estudos científicos relevantes. As fontes de informações e a estratégia utilizadas permitiram ter uma visão ampla do que está sendo publicado sobre o tema e permitiu localizar 943 estudos que serviram de base para a etapa seguinte.

Na próxima fase do método proposto por Botelho et al. (2011), são estabelecidos os critérios de pré-seleção e seleção dos trabalhos que integrarão a revisão. Dessa forma, a partir do resultado inicial, obteve-se 593 publicações cujos descritores foram localizados nos títulos, resumos e palavras-chave, considerando todo o período de publicações, artigos científicos avaliados por pares e estudos nos idiomas inglês, português e espanhol. Segue-se então para a pré-seleção e seleção definitiva dos artigos que fizeram parte da revisão. Conforme destacam Botelho et al. (2011), nessa fase é realizada a leitura criteriosa dos resumos, verificando-se a adequação dos trabalhos aos objetivos da pesquisa. Ao final deste processo, 46 artigos foram selecionados para a fase seguinte.

Para a seleção dos estudos, eliminamos referências duplicadas e os estudos que não tratavam do fenômeno de interesse, observou-se que a maioria dos estudos pré-selecionados analisavam a autoeficácia no âmbito do trabalho (autoeficácia ocupacional) e não no retorno ao trabalho. Consideramos elegíveis: (a) estudos disponíveis para leitura na íntegra; e (b) investigações que tratavam minimamente do fenômeno de interesse. Ao final do processo, alcançou-se o total de 16 publicações.

Após o levantamento descrito, procedeu-se à análise das características dos estudos e a revisão qualitativa dos mesmos. A Figura 2 apresenta o fluxograma sobre o processo de busca e seleção e a quantidade de artigos selecionados em cada etapa.

Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos



Além desse levantamento bibliográfico sistematizado (Figura 2), literaturas específicas sobre a autoeficácia foram incluídas no banco de dados e outros sete documentos encontrados por meio de consultas em portais eletrônicos (Periódicos Capes, Banco de Teses e Dissertações, Scholar Google) e nas referências dos artigos já selecionados, o que é permitido em uma revisão integrativa (Botelho et al., 2011).

A quarta fase da revisão integrativa é o momento da leitura em sua totalidade dos trabalhos selecionados, visando sumarizar e documentar as informações (Botelho et al., 2011). Nesta fase, adotou-se o método da matriz conceitual de Klopper et al. (2007), agrupando-se os artigos selecionados em categorias utilizadas para análise de cada artigo. A matriz foi preenchida com informações extraídas dos artigos selecionados no que diz respeito às

características do estudo: título, autores, periódico, ano de publicação, origem, instrumentos utilizados, contexto de estudo; esta matriz foi sintetizada e será apresentada na seção seguinte.

A partir da matriz, foi possível prosseguir para a quinta fase do método da revisão integrativa de Botelho et al. (2011), tratando-se do momento de análise e interpretação dos resultados da revisão integrativa. Por fim, o desenvolvimento da revisão integrativa se encerra na sexta fase, com a elaboração do texto que consolida a revisão realizada e apresenta as conclusões alcançadas pelo autor (Botelho et al., 2011). Os resultados dessa fase foram descritos neste estudo, que apresenta ao leitor o referencial teórico que possibilitou conhecer o construto da autoeficácia para o retorno ao trabalho.

### 5.3 AUTOEFICÁCIA E O RETORNO AO TRABALHO: CONCEITO, AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO

Após a seleção dos estudos sobre autoeficácia para o retorno ao trabalho, procedeu-se a análise das características dos estudos eleitos. Assim, a apresentação do construto será dividida em duas etapas: (1) caracterização dos estudos, conforme Tabelas 1 e 2, e (2) características fundamentais para a compreensão da autoeficácia para o retorno ao trabalho.

As informações acerca da caracterização dos estudos, são apresentadas em duas tabelas. Na Tabela 1, estão descritos os artigos que serviram de base para esta pesquisa, bem como sua origem e objetivos.

Tabela 1 - Fonte, origem e objetivo dos estudos eleitos

(continua)

<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo(s) do estudo</b>
Gragnano et al. (2022)	Itália	Adaptar e validar ROSES para doenças cardiovasculares no contexto italiano (ROSES-CVD); testar a capacidade de um novo sistema de pontuação para ROSES-CVD para diferenciar entre pacientes em processo de RT curtos e longos
Silva-Junior et al. (2018)	Brasil	Analisar a validade e a confiabilidade teste-reteste da versão brasileira do questionário holandês “Expectativas sobre o trabalho”
Black et al. (2018)	Austrália	Revisar a literatura sobre a associação entre autoeficácia e resultados de RT para trabalhadores com lesão musculoesquelética na parte superior do corpo ou problema psicológico
Black et al. (2017)	Austrália	Investigar os fatores modificáveis que estão associados à autoeficácia para o RT e explorar se esses fatores são diferentes para as pessoas com problemas psicológicos ou musculoesqueléticos da parte superior do corpo

(conclusão)

<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo(s) do estudo</b>
Corbière et al. (2017)	Canadá	Relatar a validade da Escala de Obstáculos de Retorno ao Trabalho e Autoeficácia (ROSES) para LME e TMC
Lagerveld et al. (2017)	Holanda	Testar o valor preditivo da mudança de autoeficácia para RT, além dos níveis de autoeficácia pré-intervenção
Silva-Junior et al. (2017)	Brasil	Descrever a tradução e os estágios iniciais da adaptação transcultural do Questionário <i>Verwachtingen over werken</i> (Autoeficácia de retorno ao trabalho) para trabalhadores afastados devido a transtornos mentais
Black et al. (2016)	Austrália	Construir uma medida de autoeficácia para o RT em uma amostra de trabalhadores acidentados com lesões musculoesqueléticas ou psicológicas relacionadas ao trabalho
Besen et al. (2015)	Estados Unidos	Desenvolver e testar um modelo de relações diretas e indiretas entre preditores psicossociais individuais de resultados de RT após o início da dor lombar
van Beurden et al. (2015)	Holanda	Objetivo principal: avaliar se uma intervenção para melhorar a adesão às diretrizes de médicos levam a um aumento na autoeficácia para o RT em trabalhadores três meses depois. Objetivo secundário: avaliar se a intervenção modificou a associação entre autoeficácia RT e retorno ao trabalho três meses depois
Shaw et al. (2011)	Estados Unidos	Avaliar a estrutura fatorial, consistência interna e validade preditiva e concorrente do RTWSE-19 (escala de autoeficácia de retorno ao trabalho de 19 itens) entre trabalhadores com dor lombar aguda
Brouwer et al. (2011)	Canadá	Desenvolver e validar uma escala de 10 itens que avalia a autoeficácia no contexto de retorno ao trabalho - Return-to-Work Self-Efficacy (RTWSE)
Brouwer et al. (2010)	Canadá	Realizar análises de subgrupos de trabalhadores com afastamento por doença de longa duração para investigar se as associações entre a atitude de trabalho percebida, autoeficácia e apoio social percebido e tempo para RT diferem entre diferentes tipos de condições de saúde
Lagerveld et al. (2010)	Holanda	Desenvolver e validar a escala de autoeficácia no retorno ao trabalho (RTW-SE) para trabalhadores com problemas de saúde mental.
D'Amato & Zijlstra (2010)	Peru	Apresentar e testar um modelo empírico para prever o RT de trabalhadores afastados há muito tempo por motivos de saúde física ou mental
Brouwer et al. (2009)	Canadá	Analisar a associação entre os três determinantes comportamentais do modelo da teoria do comportamento planejado (TCP) - atitude, norma subjetiva e autoeficácia - e o tempo de RT em funcionários em licença médica de longa duração

As pesquisas científicas acerca da autoeficácia no contexto do retorno ao trabalho, embora incipientes, ganharam destaque nas duas últimas décadas. A partir dos descritores utilizados, não foram localizados estudos publicados antes do ano de 2009 e o ano com maior número de publicações identificadas, no decorrer deste período, foi 2017, mas não foi possível verificar tendências ou padrões ao longo dos anos. No período entre 2012 e 2014 e

entre 2019 e 2021, por exemplo, não se tem registros de estudos publicados, com base na estratégia de busca adotada (Tabela 1).

Em alguns casos, os estudos foram feitos prevendo a normatização e a validade de instrumentos para mensurar o construto, como também buscaram estabelecer correlações entre variáveis demográficas e de saúde física e/ou psicológica com a autoeficácia no contexto do retorno ao trabalho. Na identificação dos países de origem das pesquisas encontradas, quatro estudos foram realizados no Canadá, seguido por três estudos conduzidos na Austrália e três Holandeses; os demais em países como Estados Unidos, Brasil, Itália e Peru.

Por meio dos estudos selecionados também foi possível conhecer as características metodológicas e as principais descobertas obtidas, conforme sistematizado na Tabela 2.

Tabela 2 - Características metodológicas e principais descobertas dos estudos da revisão integrativa

(continua)

<b>Delineamento e público-alvo</b>	<b>Principais descobertas</b>
Adaptação e evidências de validade de instrumento; 183 pacientes com doenças cardiovasculares no início do estudo e 121 seis meses depois	Confirmou-se a validade de ROSES-CVD, podendo ser usada para definir reabilitação apropriada
Revisão sistemática da literatura; total de 9 estudos	Impacto potencialmente grande da autoeficácia nos resultados do RT
Longitudinal; trabalhadores afastados do trabalho por mais de 15 dias devido a TM (n=411). Subamostra de 126 participantes respondeu ao questionário pela segunda vez, com intervalo de sete a 21 dias	O uso do questionário “Expectativa sobre o trabalho” entre trabalhadores do Brasil pode auxiliar no planejamento de processos de retorno ao trabalho
Transversal; Amostra de trabalhadores com LME (N=244) ou psicológico (N=113) afastados do trabalho. Diferenças entre os tipos de lesão foram investigados em variáveis relacionadas a: (1) comunicação com as partes interessadas do RT; e (2) componentes do trabalho em si	Modelos estratificados por lesão não revelou diferenças significativas
Evidências de validade de instrumento de medida; Amostra de trabalhadores canadenses em licença médica devido a LME (n=206) e TMC (n=157)	ROSES demonstrou indicadores satisfatórios quanto à sua validade e confiabilidade com pessoas com LME ou TMC no momento do processo de retorno ao trabalho
Longitudinal; a autoeficácia RT foi medida 5 vezes em 9 meses com 168 clientes de uma organização de saúde mental que estavam em licença médica devido a TMC	Tanto a alta autoeficácia basal quanto o aumento da autoeficácia até o RT completo foram preditivos de uma duração mais curta até o RT completo. Com base nesses resultados, aponta-se a relevância de aumentar a autoeficácia do RT em intervenções de saúde ocupacional ou mental para funcionários com TMC

(continua)

<b>Delimitação e público-alvo</b>	<b>Principais descobertas</b>
Estudo de adaptação transcultural de instrumento	A versão adaptada para o português do Brasil inclui características específicas à realidade brasileira
Construção de medida; Trabalhadores com transtorno psicológico (N = 80) ou lesão musculoesquelética da parte superior do corpo (N = 88)	Transtornos psicológicos foram associados a níveis mais baixos de autoeficácia para o RT, exceto nas crenças de conclusão do trabalho. Maior período de ausência ao trabalho foi associado a níveis mais baixos de autoeficácia para o RT, exceto nas crenças afetivas no trabalho, que se estabilizaram de 51 a 150 dias de ausência. A estrutura do instrumento foi estabelecida em uma população com lesões mistas relacionadas ao trabalho
Transversal e longitudinal; trabalhadores com lombalgia (n=241)	O processo RT após um episódio de lombalgia envolve diversos fatores inter-relacionados, compreender as relações entre os fatores individuais críticos no processo de RT pode ser importante para o tratamento e a reabilitação de pessoas com dor lombar. Os trabalhadores podem se beneficiar da aplicação de técnicas de TCC
1) Médicos do trabalho (n=66), randomizados em dois grupos; 2) Trabalhadores (n=128), a autoeficácia para o RT, RT e variáveis pessoais, relacionadas à saúde e ao trabalho foram medidas no início do estudo e três meses depois	Treinamento para melhorar a adesão às diretrizes de médicos do trabalho leva a maior autoeficácia RT em trabalhadores com TMC durante os primeiros meses de ausência por doença em um ambiente de cuidados de saúde ocupacional real
Estudo quantitativo; pacientes (n=399, 59% do sexo masculino, idade média de 37 anos)	O RTWSE-19 é uma medida com confiabilidade e validade adequadas para medir a confiança dos trabalhadores para atender às demandas do trabalho, modificar as tarefas do trabalho e comunicar necessidades aos colegas de trabalho e supervisores. Quando avaliada 1-2 semanas após o início da dor, a escala é preditiva de resultados de incapacidade
Estudo de construção e evidências de validade de instrumento; beneficiários com afastamento completaram uma pesquisa por telefone 1 mês (n=632) e 6 meses (n=446) após uma lesão musculoesquelética relacionada ao trabalho	A versão de 10 itens do instrumento RTWSE tem consistência interna adequada e validade para avaliar a confiança dos trabalhadores para obter ajuda do supervisor e colegas de trabalho e para lidar com a dor
Transversal e longitudinal; trabalhadores em afastamento por doença (n=926). Amostra dividida em três subgrupos: condições de saúde musculoesquelética, outras condições de saúde física e condições de saúde mental	A percepção da atitude no trabalho, a autoeficácia e o suporte social percebido são preditores relevantes no que diz respeito ao tempo para RT em todos os tipos de condições de saúde. Tais associações variam entre os diferentes subgrupos de condições de saúde no que diz respeito à força da associação e para o tipo de fator

(conclusão)

<b>Delineamento e público-alvo</b>	<b>Principais descobertas</b>
Transversal e longitudinal; Dados obtidos de 2.214 trabalhadores em três amostras, uma amostra foi composta por trabalhadores que foram selecionados devido às suas queixas psicológicas. As outras duas foram amostras mistas (problemas de saúde mental ou física). Os trabalhadores de todas as três amostras podem apresentar comorbidades físicas ou queixas de saúde mental	O RTW-SE é um preditor robusto do retorno real ao trabalho dentro de três meses. As propriedades psicométricas da escala a tornam uma ferramenta valiosa na pesquisa e na prática clínica e cuidados de saúde ocupacional, antes e depois que os trabalhadores retornaram ao trabalho
Estudo longitudinal; amostra de trabalhadores ausentes de longa duração em cinco países europeus (n=1460)	A melhora da saúde é necessária, mas fatores psicológicos e fatores organizacionais têm impacto no retorno ao trabalho. Discutem-se políticas de RT e suas implicações nas práticas de gestão de pessoas para reduzir/evitar que trabalhadores permaneçam afastados após o desaparecimento dos sintomas
Coorte prospectivo e longitudinal; amostra de 926 trabalhadores por doença (duração máxima de 12 semanas). Os funcionários preencheram um questionário de base e foram acompanhados durante dez meses	Atitude no trabalho, o apoio social e a vontade de despender esforço para completar o comportamento estão significativamente associados a um menor tempo de RT em trabalhadores em licença médica de longa duração. Isso fornece evidências relevantes acerca das características comportamentais na previsão da duração da ausência por doença

Quanto ao âmbito em que as pesquisas selecionadas eram realizadas, conforme mostrado na Tabela 2, verificou-se que o contexto dos estudos esteve relacionado à saúde, trabalho e reabilitação de trabalhadores.

Em relação ao método, os resultados demonstraram a prevalência de estudos quantitativos e empíricos, a vasta utilização de escalas de mensuração e, conseqüentemente, de amostras numericamente expressivas. As coletas de dados dos estudos ocorreram por meio de questionários, escalas, inventários e testes psicológicos, caracterizaram investigações baseadas em levantamentos com número de participantes variável (entre 66 e 2.214 indivíduos) e buscaram estabelecer correlações entre variáveis demográficas, de saúde, autoeficácia e fatores contextuais. No que diz respeito à população investigada, como é possível observar na Tabela 2, em geral, são estudos transversais que envolveram principalmente trabalhadores com diagnósticos de doenças físicas, psicológicas e cardiovasculares.

As descobertas dos estudos selecionados, apresentadas de forma sintetizada na Tabela 2, foram fundamentais para a construção desta revisão integrativa e serão discutidas ao longo deste trabalho.

Conforme a literatura, nas duas últimas décadas o interesse científico sobre o fato de que os trabalhadores em licença médica precisam retornar ao trabalho tem aumentado. Historicamente, os estudos se concentraram principalmente em encontrar fatores que contribuem para as ausências por doença (absenteísmo de curto ou longo prazo), e há vasta literatura que destaca a relação entre as características do trabalho e o risco de problemas de saúde. Por exemplo, algumas características dos empregos das pessoas, como a falta de controle de trabalho, constituem um risco para problemas de saúde mental e podem levar a sintomas de depressão e ansiedade (D'Amato & Zijlstra, 2010).

O retorno ao trabalho (RT) após a licença médica é um processo multifacetado (Andersen et al., 2012). Fatores psicológicos, a situação de saúde do indivíduo e fatores contextuais (ou seja, condições de vida e de trabalho, políticas da organização, renda, questões de seguridade social etc.) têm efeito nas decisões das pessoas no que diz respeito ao absenteísmo e ao retorno ao trabalho (Henderson et al., 2005; Løvvik et al., 2014). Neste sentido, para estudar as condições para um RT é necessário adotar uma perspectiva que considere as várias dimensões que podem afetar este processo do trabalhador.

Contudo, o principal desafio para a pesquisa nesta área tem sido identificar as variáveis individuais e contextuais (características organizacionais) que influenciam o RT. A literatura sugere que a avaliação de características individuais e fator contextual deve ser a seguinte: a partir de uma perspectiva psicológica, dois aspectos devem ser positivos, a avaliação da pessoa quanto aos aspectos da organização; e a avaliação de si (ou seja, a própria situação), para prever o RT. Quando as pessoas percebem as características da organização como positivas e também percebem seus aspectos individuais como positivos, aumentará a probabilidade de RT bem-sucedido (D'Amato, & Zijlstra, 2010). Por outro lado, é provável que uma incompatibilidade entre características pessoais e da organização irá reduzir a chance de RT. No que se refere aos fatores contextuais, colegas de trabalho, supervisor e médicos, bem como sistemas sociais (por exemplo, organização, sistema de saúde e seguros) (Corbière et al., 2017) tem um forte efeito sobre a decisão das pessoas em relação ao RT (D'Amato, & Zijlstra, 2010).

É considerado um retorno ao trabalho eficaz (RTE) quando o trabalhador se mantém no exercício das suas atividades profissionais por prazo superior a trinta dias após sua volta (Silva-Junior et al., 2017). Estudos para identificar fatores comuns de sucesso no RT foram conduzidos. Vooijs et al. (2015) identificaram várias populações em situação de ausência por doença, e o fato de estarem ausentes por menos de um ano, sentirem menos dor, anteciparem um acolhimento positivo durante o RT, terem 55 anos ou menos e expectativas positivas sobre

o processo foram fatores positivamente associados ao RT. Outros estudos também identificaram correlações positivas a um RT anterior, que incluem maior autoeficácia, estratégias ativas e positivas de enfrentamento de resolução de problemas, menor idade, comunicação frequente com o supervisor e qualidade e continuidade do cuidado com a saúde (Huijs et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2013). Com relação ao gênero, resultados mistos foram encontrados (Cornelius et al., 2011; Flach et al., 2012).

Investigações sobre os fatores biopsicossociais que dificultam o RT de indivíduos com transtornos mentais comuns revelaram fatores modificáveis (por exemplo, estressores de trabalho) e não modificáveis (por exemplo, idade) (Corbière et al., 2017; Cornelius et al., 2011), havendo uma sobreposição quando o período de ausência é maior (Loisel & Anema, 2013). Embora a população estudada seja específica, ressalta-se que estudos têm evidenciado que os fatores que dificultam o RT geralmente são comuns a todas as populações no contexto de RT (Blacket al., 2017; Vlasveld et al., 2012).

Estudo longitudinal realizado no Brasil analisou fatores que influenciam o tempo para o RT após afastamento de longa duração por transtorno mental e a efetividade da reintegração do trabalhador após o período de afastamento. O estudo incluiu trabalhadores formais que solicitavam benefício por incapacidade e as variáveis que influenciaram um retorno mais precoce foram: faixa etária entre 30-39 anos, escolaridade de mais de 12 anos de estudo, baixo consumo de álcool e ausência de sintomas de ansiedade. Já as variáveis que influenciaram o RTE foram: maior tempo de trabalho na função, menor expectativa sobre o RT durante o afastamento e a realização de exames médicos de RT. Ou seja, fatores relacionados a características sociodemográficas, ao comportamento de risco para a saúde e à condição clínica no afastamento influenciaram o tempo de RT e os fatores relacionados a aspectos psicológicos, características da história ocupacional e o processo de acolhimento do trabalhador na empresa influenciam a efetividade do retorno (Silva-Junior et al., 2017).

Um aspecto essencial destinado a facilitar o regresso ao trabalho consiste não apenas em identificar fatores que influenciam de forma negativa o RT, mas também como o indivíduo antecipa superá-los. Nesse sentido, as expectativas positivas ou negativas, que podem estar relacionadas com os obstáculos percebidos durante o RT e crenças de autoeficácia sobre a superação desses, podem influenciar significativamente o RT de trabalhadores (Corbière et al., 2017). Assim, é possível que a decisão sobre o RT seja influenciada pelas crenças pessoais quanto à própria capacidade relacionada ao trabalho.

Nesse sentido, uma variável psicológica estudada nas duas últimas décadas é a autoeficácia relacionada ao RT (Black et al., 2018; Silva-Junior et al., 2018). Estudos que

utilizaram esta variável mostraram que é possível mensurar o tempo para o RT (Brouwer et al., 2010; Huijs et al., 2012; Volker et al., 2015) e sucesso nas tentativas de retorno (Lagerveld et al., 2010). Aplicada ao RT, a autoeficácia é a crença dos trabalhadores na sua capacidade de se comportar/agir das formas necessárias para retomar suas atividades ocupacionais (Lagerveld et al., 2010). Em outras palavras, sua inclinação em querer superar barreiras potenciais percebidas como RT será amplamente influenciada por suas crenças de autoeficácia sobre como fazer isso. Quanto maior o nível de autoeficácia, maior a probabilidade de superar uma possível barreira de RT percebida. As pessoas podem, por exemplo, ver um conflito com os colegas de trabalho como uma grande barreira ao RT, mas se sentem completamente capazes de superar essa dificuldade porque acreditam que estão preparadas para isso (Corbière et al., 2017; Black et al., 2018).

A autoeficácia para o RT tem sido considerada em diversas pesquisas. Dentre os diversos determinantes envolvidos no processo de RT, a autoeficácia é um dos recursos individuais relevantes estudados em casos de incapacidades por transtornos mentais (Huijs et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2013; Volker et al., 2015; Black et al., 2018) e estaria ligada a uma forte previsão do RT nessa população (Lagerveld et al., 2010; Shaw et al., 2011; Lagerveld et al., 2017), inclusive no que diz respeito ao tempo até o RT (Brouwer et al., 2010; van Beurden et al., 2015). Quanto à percepção sobre a doença e expectativas de RT nesta mesma população, Løvvik et al. (2014) concluíram que percepções desadaptativas sobre a doença foram associadas a expectativas de RT incertas e negativas, com associações mais fortes para as expectativas negativas de RT. Do mesmo modo, nas condições de saúde conhecidas como musculoesqueléticas, construtos psicológicos complexos como as crenças das pessoas sobre seu diagnóstico (percepção de doença) preveem o RT. Percepções de doença consistem em representações cognitivas e emocionais que guiam os comportamentos de saúde, sugeridas como variável na transição da doença para a saúde e em resultados relacionados ao trabalho (Løvvik et al., 2014).

Contudo, estudos recentes demonstram que não há diferenças significativas de autoeficácia no RT em trabalhadores com transtornos mentais e lesões musculoesqueléticas e ressaltam a importância de se considerar os fatores comuns ao RT, independentemente do problema de saúde (Black et al., 2017; Corbière et al., 2017).

Outros resultados de estudos sobre a autoeficácia e RT mostram que a autoeficácia medida no início do processo de recuperação de pessoas que sofreram um evento cardíaco foi forte preditor de RT, sem levar em conta se infarto recente, gravidade da doença, idade, categoria de trabalho e sexo (Fitzgerald et al., 1989). Brouwer et al. (2009) também

encontraram relação significativa entre a autoeficácia e o tempo para o RT em trabalhadores em geral, ou seja, foi necessário um tempo menor para o RT em indivíduos que relataram maior nível de autoeficácia em comparação com aqueles com nível de autoeficácia mais baixo.

De fato, a autoeficácia é uma variável útil para a compreensão do RT e uma medida específica do construto neste campo de investigação é válida para subsidiar avaliações e intervenções (Shaw et al., 2011). Nesse sentido, o uso de instrumentos de medida apropriados e válidos cientificamente pode oferecer parâmetros confiáveis na análise de casos de trabalhadores que se apresentam para o RT para serem feitas abordagens específicas. Alguns instrumentos incorporando o conceito de autoeficácia e RT foram desenvolvidos nos últimos anos na tentativa de auxiliar no campo do RT. Na literatura consultada para a realização desta revisão integrativa da literatura, foram identificados cinco questionários construídos para avaliação da autoeficácia para o RT, conforme é apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Instrumentos para avaliação da autoeficácia com foco em RT

Instrumento	Fatores	Itens	Autores	País de origem	População estudada
Return-to-work self-efficacy' scale (RTW-SE)	1	11	Lagerveld et al. (2010)	Holanda	Trabalhadores pós-afastamentos por transtornos mentais comuns
Return-to-work self-efficacy (RTWSE-19)	3	19	Shaw et al. (2011)	EUA	Trabalhadores com dor lombar aguda relacionada ao trabalho
Return-to-Work Self-Efficacy (RTWSE-10)	3	10	Brouwer et al. (2011)	Canadá	Trabalhadores com distúrbios osteomusculares nas costas e extremidades superiores
Return-to-work self-efficacy (RTW-SE)	3	11	Black et al. (2016).	Austrália	Trabalhadores com problemas psicológicos ou lesões musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho.
Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES)	10	46	Corbière et al. (2017)	Canadá	Trabalhadores com transtornos mentais comuns ou musculoesqueléticos

Conforme as informações apresentadas na Tabela 3, o conceito de autoeficácia orientou a construção do *Return-to-work self-efficacy' scale* (RTW-SE) (Lagerveld et al., 2010). O instrumento é unidimensional, com 11 itens, e visa mensurar a autoeficácia para o trabalho após episódio de afastamento por transtornos mentais. O questionário é de origem holandesa e pode ser usado ao longo do processo de RT e mesmo depois que os trabalhadores retornarem ao trabalho. Foi realizado estudo de adaptação do instrumento holandês para uma versão em português no Brasil (Silva-Junior et al., 2017) e foram complementadas as etapas

da avaliação da adequação no contexto brasileiro (Silva-Junior et al., 2018). Respeitando a tradução literal do nome holandês, o instrumento é denominado “Expectativas sobre o trabalho”. Considerou-se que a autoeficácia pode ser um preditor do tempo e do sucesso do RT e o conhecimento das expectativas dos trabalhadores pode permitir detectar dificuldades nesse sentido e auxiliar no planejamento de processos de RT entre os portadores de transtornos mentais (Silva-Junior et al., 2017; Silva-Junior et al., 2018). A versão brasileira é o primeiro questionário disponível em português que avalia a autoeficácia em um contexto de retorno ao trabalho.

O instrumento *Return-to-work self-efficacy* (RTWSE-19) (Shaw et al., 2011) propõe avaliar as crenças dos trabalhadores sobre sua capacidade de retomar as atividades normais do trabalho após o início de dor lombar aguda relacionada ao trabalho. A versão original com 19 itens propõe mensurar a autoeficácia para o RT dessa população a partir de três dimensões: 1) atender às demandas de trabalho, que estão relacionadas à qualidade, quantidade e velocidade do trabalho, além de atender às expectativas básicas da função; 2) modificar tarefas de trabalho, bem como a obtenção de acomodações necessárias para o trabalho; 3) comunicar necessidades a outras pessoas, ou seja, comunicar necessidades aos supervisores e colegas de trabalho. O instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos e até o momento foi adaptado para os países Dinamarca (Momsen et al., 2016), França (Grolier et al., 2017), Noruega (Nøttingnes et al., 2019) e Coreia do Sul (Lee et al., 2020).

A versão curta do instrumento, *Return-to-Work Self-Efficacy* (RTWSE-10) (Brouwer et al., 2011) é específica para trabalhadores após afastamentos por lesão musculoesquelética e mede crenças de autoeficácia sobre 10 obstáculos psicossociais potenciais (por exemplo, “Serei capaz de falar com o supervisor se ocorrerem problemas durante o RT”) em três domínios (lidando com a dor; obter ajuda do supervisor; obter ajuda de colegas). Foi desenvolvida no Canadá, com estudos de adaptação na França (Grolier et al., 2017).

Os instrumentos de mensuração da autoeficácia para o RT até aqui mencionados foram desenvolvidos exclusivamente para lesões físicas ou psicológicas. Contudo, Black et al. (2016) desenvolveram a escala *Return-to-work self-efficacy* (RTW-SE) com base nos itens da escala desenvolvida especificamente para populações de lesões musculoesqueléticas (Brouwer et al., 2011) e psicológicas (Lagerveld et al., 2010). Após revisar as duas medidas, combinar perguntas semelhantes e reformular alguns itens, os autores desenvolveram uma escala RTW-SE para uso em trabalhadores com lesões musculoesqueléticas (parte superior do corpo) e psicológicas, com três dimensões: crenças de conclusão do trabalho (3 itens), crenças

afetivas no trabalho (5 itens) e crenças de apoio social no trabalho (3 itens) (Black et al., 2016).

Por fim, Corbière et al. (2017) desenvolveram *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES) para preencher lacunas observadas na literatura especializada, particularmente no que diz respeito à avaliação de fatores biopsicossociais no RT de indivíduos com transtornos mentais comuns ou lesões musculoesqueléticas. O instrumento possui 46 itens em 10 dimensões conceituais (medos de recaída; dificuldade cognitiva; dificuldade relacionada à medicação; demandas de trabalho; sentimento de injustiça organizacional; relação difícil com o supervisor imediato; relação difícil com colegas; relação difícil com a seguradora; difícil equilíbrio entre vida pessoal e trabalho; perda da motivação para retornar ao trabalho) que cruzam as duas populações estudadas. Recentemente, ROSES também foi validada na Itália para trabalhadores após doença cardiovascular (Gagnano et al., 2022).

De forma geral, os instrumentos avaliam a percepção dos trabalhadores sobre a possibilidade de desempenhar suas tarefas habituais ao retornarem ao trabalho após o afastamento. Mensurar a autoeficácia dos trabalhadores pode indicar suas maiores dificuldades para o RT em curto ou médio prazo e subsidiar intervenções quanto às políticas empresariais (por exemplo, condições de trabalho, diretrizes para melhorar o processo de reintegração do trabalhador). Do mesmo modo, o uso de questionários pode também nortear políticas públicas (por exemplo, melhoria nos programas de reabilitação), bem como prover informações aos profissionais envolvidos no acolhimento previdenciário ou nos serviços de saúde do trabalhador, ao agregar informações sobre as limitações que o trabalhador possa ter para a reinserção laboral (Silva-Junior et al., 2018). Momsen et al. (2016) acrescentam que parâmetros objetivos para avaliação da autoeficácia no RT podem influenciar positivamente na reintegração social pelo trabalho e auxiliar no monitoramento da eficiência das ações que fazem parte desse processo. Por fim, ressalta-se que as iniciativas planejadas com base nos conhecimentos obtidos com os instrumentos irão repercutir favoravelmente quanto à expectativa dos trabalhadores para seu RT bem-sucedido.

Direcionar as ações de cuidados em saúde ocupacional ou intervenções em reabilitação profissional para as expectativas de RT parece interessante (Lagerveld et al., 2010; Besen et al., 2015; Lagerveld et al., 2017). Diferentemente de outras variáveis que predizem o RT (por exemplo, idade, sexo), a autoeficácia de modo específico é modificável (Løvvik et al., 2014). Por essa razão, recomenda-se que os profissionais de saúde trabalhem com seus pacientes as noções de expectativas, medos, barreiras percebidas e crenças de

autoeficácia sobre o RT (Lagerveld et al., 2010; Vooijs et al., 2015; Lagerveld et al., 2017; Black et al., 2017), principalmente porque crenças pessoais sobre a dor, suas implicações funcionais e seu impacto percebido na capacidade de trabalhar são aspectos individuais importantes que influenciam na recuperação da saúde e no RT (Shaw et al., 2011).

As intervenções psicológicas para autoeficácia se baseiam na suposição de que os indivíduos que estão buscando ajuda têm um baixo senso de autoeficácia e o principal objetivo dessa ajuda deve ser, portanto, desenvolvê-la. Deste modo, é possível planejar intervenções para restaurar a autoeficácia voltadas a um ou mais dos elementos que constroem crenças que um indivíduo tem sobre suas habilidades: experiências vicárias e passadas, persuasão verbal e estados fisiológicos e emocionais (Nunes & Oliveira, 2018).

De acordo com Bandura (1997b), a fonte com maior poder preditivo é a das experiências pessoais e, neste caso, propõe-se ao indivíduo que realize atividades gradualmente mais desafiadoras e auxilie-o a interpretar adequadamente esses avanços, em termos de habilidades e/ou conquistas alcançadas (Nunes & Oliveira, 2018; van Beurden et al., 2015), pois o sucesso em uma tarefa ou comportamento fortalecerá as expectativas de autoeficácia para aquela tarefa ou comportamento (van Beurden et al., 2015). A lógica não deve ser simplesmente ajudar a pessoa a iniciar ações para reavaliar suas crenças, mas ajudá-la a reavaliar as crenças de modo contextualizado e com base em dados objetivos. Ressalta-se que, em muitos casos, a pessoa terá dificuldade de se avaliar positivamente por pensar que o futuro será ruim e por antecipar consequências negativas para sua vida ou pode atribuir o sucesso ao acaso. Nesse caso, a intervenção deverá se amparar em um contexto mais amplo de reinterpretção das situações vivenciadas (Nunes & Oliveira, 2018).

Na mesma direção, intervenções também podem ocorrer para incentivar as pessoas a pedirem *feedbacks* das habilidades em questão para outras que considerem aptas a realizar avaliações pertinentes, investindo, assim, na persuasão verbal, ou podem se voltar à aprendizagem de como lidar com sintomas de ansiedade diante de situações desafiadoras (por exemplo, técnicas da TCC - terapia cognitivo-comportamental, respiração diafragmática) ou para observarem colegas e conversarem com eles sobre as habilidades que duvidam em si. No que se refere à aprendizagem vicária, a pessoa pode ter uma postura ativa ao pedir que os outros que considera competentes ensinem quais os passos para desenvolver determinada habilidade, e não apenas observar de forma passiva (Nunes & Oliveira, 2018).

As técnicas para promover a autoeficácia no contexto do RT, com base nas fontes de autoeficácia proposto por Bandura, incluem experiências de domínio que podem ser asseguradas através da exposição gradual ao trabalho (ou seja, RT gradual que inclui

adaptações temporais no local de trabalho). A aprendizagem vicária pode ser estimulada através do foco em experiências bem sucedidas de outros com problemas semelhantes e isso pode ocorrer em intervenções em grupo e TCC que, devido ao seu foco na modificação de cognições disfuncionais, também pode ser adequada para melhorar a autoeficácia. Isso porque, se os trabalhadores estão lutando para evitar o medo, a catastrofização da dor e os problemas de confiança, eles podem se beneficiar da aplicação de técnicas de TCC (Besen et al., 2015).

Por fim, recomenda-se para a intervenção a definição de objetivos, RT gradual e preparação para enfrentar possíveis contratempos. Além disso, acrescenta-se que os profissionais envolvidos no cuidado podem investigar se as expectativas dos pacientes/clientes em relação ao RT são reais, verificando a sua história de (mau) funcionamento no trabalho, mudanças recentes de emprego ou a clareza dos requisitos do cargo (Lagerveld et al., 2010; Lagerveld et al., 2017). Com essas abordagens, espera-se que trabalhadores ganhem confiança, principalmente como consequência de suas experiências diretas e realizações profissionais.

De modo geral, intervenções voltadas ao desenvolvimento da autoeficácia devem conter ações variadas e ser discutidas com o cliente antes da implementação, de modo que tenham um nível de dificuldade considerado viável por ele e que consiga se motivar durante o processo. Isso significa que não há um pacote de tarefas que servirá a todos, ao contrário, propõem-se tarefas personalizadas sobre as atividades que serão realizadas, em quais contextos, qual a sequência de tarefas, com a possibilidade de revisar o plano de ação ao longo do processo (Nunes & Oliveira, 2018).

Além disso, recomenda-se que os níveis de autoeficácia de RT sejam aumentados nos primeiros meses após o início da licença médica com as estratégias de cuidados em saúde ocupacional que contém intervenções que desenvolvam a autoeficácia em trabalhadores. Portanto, os profissionais envolvidos nesses programas devem abordar os trabalhadores em licença médica quanto antes para a otimização do processo de recuperação e de RT (van Beurden et al., 2015; Silva-Junior et al., 2017).

Como visto, não existe uma diretriz para apoiar os profissionais sobre o RT (Silva-Junior et al., 2017), mas há propostas para o desenvolvimento da autoeficácia no contexto do RT. A Sociedade Holandesa de Medicina Ocupacional desenvolveu uma diretriz intitulada “A gestão de problemas de saúde mental de trabalhadores por médicos do trabalho” em 2001 e revisou-a em 2007. As recomendações e intervenções incluídas neste manual abordam os quatro elementos que restauram a autoeficácia, conforme a teoria de Bandura, e a intervenção

por meio dessas orientações fornecidas por médicos do trabalho aumentou significativamente a autoeficácia para o RT em trabalhadores com transtornos mentais comuns, em comparação com os cuidados habituais. Os dados apoiam a utilização de medidas e iniciativas para aumentar a autoeficácia na recuperação e no processo de RT, embora sejam validados no contexto de cuidados de saúde ocupacional holandês, tendo em vista que as diretrizes de saúde ocupacional são organizadas de forma diferente nos países (van Beurden et al., 2015).

Finalmente, apresentaram-se aspectos que podem influenciar o RT de trabalhadores e a autoeficácia é um construto psicológico importante para as intervenções nesse contexto, uma vez que trabalhadores com autoeficácia elevada se sentem confiantes em suas habilidades para retornar ao trabalho e serão mais bem-sucedidos e persistentes em suas tentativas de retorno, em comparação com seus pares com baixa autoeficácia. Por fim, conforme Black et al. (2017), intervenções com foco em autoeficácia para o RT ajudam a reduzir a carga que a lesão tem sobre os trabalhadores acidentados, empregadores e sistemas sociais.

#### 5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar o estado da arte sobre a autoeficácia no contexto do retorno ao trabalho, abordando as produções científicas nacionais e internacionais relevantes sobre o tema, bem como modelos teóricos e de mensuração do construto em trabalhadores afastados das atividades laborais.

A partir dos resultados desta revisão integrativa, algumas lacunas de pesquisa foram observadas. A primeira, a respeito da construção de instrumentos de mensuração do fenômeno em trabalhadores afastados, pois observamos apenas cinco instrumentos de autoeficácia para o retorno ao trabalho (Lagerveld et al., 2010; Shaw et al., 2011; Brouwer et al., 2011; Black et al., 2016; Corbière et al., 2017), com alguns estudos de adaptação para outras culturas. Além disso, a tradução de instrumentos para uso em outras culturas e, em especial, em nosso contexto de estudo, uma vez que foi identificada apenas uma ferramenta no Brasil, específica para trabalhadores com transtornos mentais (Silva-Junior et al., 2018). Nesse sentido, estudos sobre construção, adaptação e validade de instrumentos de mensuração da autoeficácia para o RT são bastante válidos.

Além disso, embora a autoeficácia geral seja um construto consolidado na literatura, identificaram-se poucos estudos sobre autoeficácia para o RT, possivelmente associado ao desenvolvimento do construto no âmbito do RT. Conforme a literatura consultada, o primeiro estudo associando a autoeficácia e o RT foi publicado somente no ano de 2009 (Brouwer et

al., 2009), demonstrando, portanto, possibilidades neste campo para o desenvolvimento de estudos.

No que se refere aos resultados, o retorno ao trabalho é um processo que sofre influências de elementos pessoais e contextuais e a autoeficácia, como elemento pessoal, influencia diretamente o comportamento do trabalhador no que diz respeito ao tempo e efetividade do seu RT, demonstrando que contribui de modo especial àqueles que se encontram em processo de retorno às suas atividades laborais. Considerando-se as características psicológicas, trabalhadores com confiança na própria capacidade de retornar ao trabalho são mais predispostos a retornar, efetivamente, ao trabalho.

É fundamental identificar se as expectativas de RT são positivas, por meio de instrumentos de medida do construto, e promover o desenvolvimento das expectativas positivas em relação ao RT e à recuperação da saúde, ou a percepção de autoeficácia, relacionada ao trabalho, para o RT sustentável (Gragnano et al., 2018; Huijs et al., 2012; Nielsen et al., 2011; Gragnano et al., 2022).

Quanto aos elementos contextuais, é importante ressaltar que o papel das organizações se torna essencial quando suas políticas internas influenciam na decisão do trabalhador quanto ao RT, do mesmo modo que o relacionamento com os supervisores e colegas (Løvvik et al., 2014). Dessa forma, destaca-se a necessidade de integrar esses diferentes elementos na organização para o desenvolvimento de programas com foco no RT de funcionários, os quais compõem o processo de RT. Essa aproximação não somente trará melhores resultados, como proporcionará a manutenção do RT.

Como limitação do estudo, destaca-se o fato de não ter sido considerada a Biblioteca Virtual em saúde (BVS), ao invés da LILACS, uma vez que todo material indexado na LILACS está indexado na BVS, podendo ser recuperados artigos importantes sobre o tema. Contudo, estima-se que o objetivo inicialmente proposto foi alcançado; a pesquisa de revisão integrativa possibilitou mapear a temática, discutir os resultados principais, verificar lacunas e possibilidades a serem exploradas no cenário científico que, por sua vez, contribui com o campo de atuação profissional em Psicologia Organizacional e do Trabalho e saúde do trabalhador. Portanto, os procedimentos aplicados foram suficientes para o alcance dos objetivos propostos e os resultados encontrados são relevantes para orientar pesquisas futuras, principalmente as que se encontram relacionadas às áreas de saúde, organizações e trabalho.

## 5.5 REFERÊNCIAS

- Andersen, M.F., Nielsen, K.M., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 93-104. Recuperado em 14 julho de 2020, de [www.jstor.org/stable/41508872](http://www.jstor.org/stable/41508872)
- Azzi, R.G., & Polydoro, S.A.J. (2006). *Autoeficácia em diferentes contextos*. Alínea.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1-26. Annual Reviews.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on psychological science*, 1(2), 164-180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Barbaranelli, C., Paciello, M., Biagioli, V., Fida, R., & Tramontano, C. (2018). Positivity and behaviour: the mediating role of self-efficacy in organisational and educational settings. *J. Happiness Stud.* 19, 1-21. DOI: 10.1007/s10902-018-9972-4
- Besen, E., Young, A.E., & Shaw, W.S. (2015). Returning to work following low back pain: towards a model of individual psychosocial factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(1), 25-37.
- Black, O., Sim, M.R., Collie, A., & Smith, P. (2016). A return-to-work self-efficacy scale for workers with psychological or musculoskeletal work-related injuries. *Quality & Quantity*, 51, 413-424. DOI:10.1007/s11135-016-0312-7
- Black, O., Sim, M.R., Collie, A. & Smith, P. (2017) Early-claim modifiable factors associated with return-to-work self-efficacy among workers injured at work: are there differences between psychological and musculoskeletal injuries? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59, e257–e262.
- 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, 16–27.
- Botelho, L.L.R., de Almeida Cunha, C.C., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*, 5(11), 121-136. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Brouwer, S., Krol, B., Reneman, M.F., Bültmann, U., Franche, R.L., van der Klink, J.J.L., & Groothoff, J.W. (2009). Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior. *J Occup Rehab*, 19(2):166–74.

- 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.
- 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.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9661-2>
- Cornelius, L.R., van der Klink, J.J.L., Groothoff, J.W., & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 259-274. DOI: 10.1007/s10926-010-9261-5
- D'Amato, A., & Zijlstra, F. (2010). Toward a climate for work resumption: the nonmedical determinants of return to work. *Journal of occupational and environmental medicine*, 52(1), 67-80. DOI: 10.1097 / JOM.0b013e3181c75291
- Fitzgerald, S.T., Becker, D.M., Celentano, D.D., Swank, R., Brinker, J. (1989) Return to work after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol.*, 68(18), 1108–12. DOI: 10.1016/0002-9149(89)90861-8
- Flach, P.A., Groothoff, J.W., Krol, B., & Bültmann, U. (2012). Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *The European Journal of Public Health*, 22(3), 440-445. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr102>
- Gaeta González, M.L., Gaeta González, L., & Rodríguez Guardado, M.D.S. (2021). Autoeficacia, estado emocional y autorregulación del aprendizaje en el estudiantado universitario durante la pandemia por COVID-19. *Actualidades Investigativas en Educación*, 21(3), 3-27.
- Gir, E., Sousa, L.R.M., de Oliveira, A.C., & Leoni, P.H.T. (2022). Resiliência, depressão e autoeficácia entre profissionais de enfermagem brasileiros na pandemia da Covid-19: um estudo transversal. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 26, 102070.
- Gragnano, A., Corbière, M., Picco, E., Negrini, A., Savioli, G., Conti, M., Corsiglia, L. & Miglioretti, M. (2022). Adaptation and validation of the cardiovascular version of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES-CVD) to the Italian context. *Disability and Rehabilitation*, 1-9.
- Grolier, M., Lanhers, C., Lefevre-Colau, M.M., Mignard, L., Pereira, B., & Coudeyre, E. (2017). French validation of two different (10 and 19 items) Return To Work Self-

Efficacy Scale (RTWSE) on a chronic low back pain population. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60, e59.

- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K.H. (2005). Long term sickness absence. *Bmj*, 330(7495), 802-803.
- Herrera, M.E.M., Cabral, G.R., Mamani-Benito, O., Tarqui, E.E.A., & Landa-Barzola, M. (2022). Adaptación y carga laboral como predictores de la autoeficacia profesional durante la Pandemia COVID-19 en docentes universitarios peruanos. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 20(56), 27-42.
- Huijs, J.J., Koppes, L.L., Taris, T.W., & Blonk, R.W. (2012). Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 301-311. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9351-z>
- Klopper, R., Lubbe, S., & Rugbeer, H. (2007). The matrix method of literature review. *Alternation*, 14(1), 262-276.
- 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: 10.1097/01.jom.0000229783.04721.d2
- Lagerveld, S.E., Brenninkmeijer, V., Blonk, R.W., Twisk, J., & Schaufeli, W.B. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. *Occupational and environmental medicine*, 74(5), 381-383.
- Lee, J.E., Yoo, S.B., & Leigh, J.H. (2020). Transcultural validation of the return-to-work self-efficacy scale in Korean patients with work-related injuries. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10.
- Loisel, P., & Anema, J.R. (2013). *Manual de incapacidade para o trabalho: Prevenção e gerenciamento*. Springer.
- Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S., & Reme, S.E. (2014). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ open*, 4(3). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004321>
- Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.D.C.P., & Galvão, C.M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=714/71411240017>
- Meseguer de Pedro, M., Soler, M.I., & García-Izquierdo, M. (2014). The moderating role of professional self-efficacy in situations of workplace bullying and self-perceived health. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 30(2), 573-578. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.161251>

- Molero, M.d.M., Pérez-Fuentes, M.d.C., & Gázquez, J.J. (2018). Analysis of the mediating role of self-efficacy and self-esteem on the effect of workload on burnout's influence on nurses' plans to work longer. *Frontiers in Psychology, 9*, Article 2605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02605>
- Momsen, A.M.H., Rosbjerg, R., Stapelfeldt, C.M., Lund, T., Jensen, C., Johansen, T., Nielsen, C. V., & Labriola, M. (2016). Cross-cultural adaptation and validation of the Danish version of the 19-item return-to-work self-efficacy (RTWSE-19) questionnaire. *Scandinavian journal of work, environment & health, 338-345*.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9389-6>
- Nøttingnes, C., Fersum, K.V., Reme, S.E., Moe-Nilssen, R., & Morken, T. (2019). Job-related self-efficacy in musculoskeletal disorders—a questionnaire. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Nunes, M.F.O., Oliveira, T.O. (2018). A autoeficácia: acreditar é preciso, mas fazer é fundamental. In: Silva, N.; Farsen, T.C. (Org.) *Qualidades Psicológicas nas Organizações: mensuração, desenvolvimento e gestão*. Vetor.
- Pajares, F., & Olaz, F. (2008). Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In: Bandura, A.; Azzi, R.B.; Polydoro, S. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp. 97-114). Artmed.
- Pedrazza, M., Berlanda, S., De Cordova, F., & Fraizzoli, M. (2018). The changing educators' work environment in contemporary society. *Frontiers in psychology, 9*, 2186. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02186>
- Polydoro, S.A.J., Azzi, R.G., & Vieira, D. (2010). Orientações de construção e aplicações de escalas na avaliação de crenças de autoeficácia. *Perspectivas em avaliação psicológica, 189-210*.
- Schreurs, B., van Emmerik, H., Notelaers, G., & De Witte, H. (2010). Job insecurity and employee health: The buffering potential of job control and job self-efficacy. *Work & Stress, 24(1)*, 56-72. <https://doi.org/10.1080/02678371003718733>
- Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analyses. *Applied psychology, 57*, 152-171. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00359.x>
- Schyns, B., & von Collani, G. (2002). A new occupational self-efficacy scale and its relation to personality constructs and organizational variables. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 11(2)*, 219-241. Doi:10.1080/13594320244000148
- 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*, 109-119. Recuperado em 14 de julho de 2020, from [www.jstor.org/stable/41151531](http://www.jstor.org/stable/41151531)

- 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 Saúde Pública*, 51, 8. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006778>
- Silva-Junior, J.S., Souto, E.P., Fischer, F.M., & Griep, R.H. (2018). Validity and test-retest reliability of the Brazilian version of the Return-to-work self-efficacy questionnaire. *Revista de saude publica*, 52, 65. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000237>
- Van Beurden, K.M., van der Klink, J.J., Brouwers, E.P., Joosen, M.C., Mathijssen, J. J., Terluin, B., & van Weeghel, J. (2015). Effect of an intervention to enhance guideline adherence of occupational physicians on return-to-work self-efficacy in workers sick-listed with common mental disorders. *BMC Public Health*, 15(1), 796. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2125-3>
- Ventura, M., Salanova, M., and Llorens, S. (2015). Professional self-efficacy as a predictor of burnout and engagement: the role of challenge and hindrance demands. *J. Psychol.* 149, 277–302. DOI: 10.1080/00223980.2013.876380
- Vieira, D., & Coimbra, J.L. (2006). A auto-eficácia na transição para o trabalho. In R. G. Azzi & S. A. Polydoro (Orgs.), *Auto-eficácia em diferentes contextos* (pp. 27-58). Átomo & Alínea.
- Vlasveld, M.C., Van der Feltz-Cornelis, C.M., Bültmann, U., Beekman, A.T.F., van Mechelen, W., Hoedeman, R., & Anema, J.R. (2012). Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: a prospective cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 118-126. DOI 10.1007/s10926-011-9326-0
- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M.C., Brouwers, E.P.M., van Lomwel, A.G.C., & Van Der Feltz-Cornelis, C. M. (2015). Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(2), 423-431. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9552-3>
- Vooijs, M., Leensen, M.C., Hoving, J.L., Daams, J.G., Wind, H., & Frings-Dresen, M.H. (2015). Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *International archives of occupational and environmental health*, 88(8), 1015-1029. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1025-2>

## 6 ESTUDO 2 – ADAPTAÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E DE CONFIABILIDADE DE *RETURN-TO-WORK OBSTACLES AND SELF-EFFICACY SCALE* (ROSES) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO

### Adaptation and Evidences of Validity and Reliability of Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) for the Brazilian context

#### Resumo

Autoeficácia para o retorno ao trabalho é a crença dos trabalhadores na sua capacidade de se agir satisfatoriamente para retomar suas atividades laborais. Este estudo teve como objetivo realizar a adaptação do instrumento Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) para o idioma português corrente no Brasil e investigar evidências de validade e confiabilidade do instrumento adaptado. Após procedimentos de tradução e adaptação, foi realizada a aplicação do questionário sociodemográfico e da escala ROSES em 370 trabalhadores brasileiros em processo de retorno ao trabalho, com idade variando entre 23 e 64 anos ( $M = 41,59$  anos,  $DP = 8,49$ ), dos quais 212 responderam ao questionário LME - lesões musculoesqueléticas (57,30%), enquanto 158 responderam ao TMC - transtornos mentais comuns (42,70%); a maioria das observações foi de mulheres ( $n = 193$ ; 52,16%). O modelo original com 46 itens foi testado via Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e os resultados foram insuficientes para atestar a qualidade da estrutura fatorial do instrumento. Por conta disso, este estudo propõe uma versão reduzida da escala ROSES, a qual apresentou evidências de validade baseadas na estrutura interna satisfatórias, ainda que a estrutura fatorial tenha alcançado resultados limítrofes. Conclui-se, portanto, que a estrutura fatorial do instrumento original conta com limitações, visto que alguns itens apresentaram cargas fatoriais insatisfatórias ou parâmetros individuais insuficientes. Diante de tais inconsistências, sugere-se a revisão da adaptação da escala ROSES e a aplicação do instrumento considerando os 46 itens iniciais para novos estudos de análise da qualidade psicométrica.

**Palavras-chave:** autoeficácia para o retorno ao trabalho; trabalhadores; psicologia organizacional e do trabalho; psicometria.

#### Abstract

Self-efficacy for returning to work is the workers' belief in their ability to act satisfactorily to resume their work activities. This study aimed to adapt the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) instrument to the current Portuguese language in Brazil and investigate evidence of validity and reliability of the adapted instrument. After translation and adaptation procedures, the sociodemographic questionnaire and the ROSES scale were applied to 370 Brazilian workers returning to work, aged between 23 and 64 years ( $M = 41.59$  years,  $SD = 8.49$ ), of which 212 answered the MSD questionnaire - musculoskeletal disorders (57.30%), while 158 answered the CMD - common mental disorders (42.70%) and most of the observations were women ( $n = 193$ ; 52.16%). The original model with 46 items was tested via Confirmatory Factor Analysis (CFA) and the results were insufficient to attest to the quality of the instrument's factor structure. Because of this, this study proposes a reduced version of the ROSES scale, which presented satisfactory evidence of validity based on the internal structure, even though the factorial structure has achieved borderline results. It is concluded, therefore, that the factorial structure of the original instrument has limitations,

since some items had unsatisfactory factorial loads or insufficient individual parameters. Faced with such inconsistencies, a review of the adaptation of the ROSES scale and the application of the instrument considering the 46 initial items for new studies of psychometric quality analysis is suggested.

**Keywords:** self-efficacy for returning to work; workers; organizational and work psychology; psychometry.

## 6.1 INTRODUÇÃO

O retorno ao trabalho (RT) é definido como o período imediatamente posterior ao término da Licença para Tratamento de Saúde (LTS) e consiste na retomada das atividades laborais (Riedl et al., 2020). A literatura especializada reconhece que fatores psicológicos, a situação de saúde do indivíduo e fatores contextuais (condições de vida e de trabalho, políticas organizacionais, renda, questões de seguridade social etc.) são variáveis com efeito na decisão das pessoas quanto ao absenteísmo e o retorno ao trabalho (Henderson et al., 2005; Løvvik et al., 2014). Nesse sentido, ao estudar as condições de um retorno ao trabalho (RT) após licença médica, é importante adotar uma perspectiva biopsicossocial e a autoeficácia relacionada ao RT tem sido estudada nos últimos anos como uma variável psicológica (Silva-Junior et al., 2018).

A autoeficácia para retorno ao trabalho tem como base a teoria social cognitiva de Bandura (1986) e diz respeito à crença do trabalhador na sua capacidade de se comportar das formas necessárias para retomar suas atividades laborais (Lagerveld et al., 2010). Em outras palavras, a inclinação do trabalhador em querer superar barreiras potenciais percebidas como RT será amplamente influenciada por suas crenças de autoeficácia sobre como fazer isso. Quanto maior seu o nível de autoeficácia, maior a probabilidade de superar uma barreira de RT percebida, porque se sente capaz e preparado para superar essa dificuldade (Corbière et al., 2017; Black et al., 2018). Outro ponto em comum é que as fontes de autoeficácia para o RT se baseiam nas fontes de autoeficácia geral proposto por Bandura (1997b). Na mesma direção, intervenções que visam o desenvolvimento da autoeficácia para o RT devem incluir um ou mais elementos que constroem crenças em um indivíduo sobre suas habilidades, a saber: experiências vicárias e passadas, persuasão verbal ou social e estados psicofisiológicos e emocionais (Lagerveld et al., 2017).

Trata-se, portanto, de um construto importante a ser considerado em um contexto de retorno ao trabalho. Para mensurá-lo, são necessários instrumentos que possam extrair dados confiáveis e que representem a realidade mensurada com uma margem significativa de

segurança. Os processos de construção, adaptação e validade de um instrumento de mensuração envolvem procedimentos que visam garantir esta margem de segurança por meio da precisão e fidedignidade dos dados (Cohen et al., 2014).

Alguns instrumentos incorporando o conceito de autoeficácia e RT foram desenvolvidos nos últimos anos na tentativa de auxiliar pesquisas no campo do RT, a partir de uma perspectiva biopsicossocial (Durand & Hong, 2013). Na literatura consultada, foram identificados cinco instrumentos psicométricos com este enfoque (Black et al., 2016; Brouwer et al., 2011; Corbière et al., 2017; Lagerveld et al., 2010; Shaw et al., 2011), a maioria destes instrumentos foi desenvolvida em países de língua inglesa.

No Brasil, identificamos um instrumento que avalia a autoeficácia para o trabalho em um contexto de retorno ao trabalho. Refere-se ao estudo de adaptação transcultural e evidências de validade do instrumento de origem holandesa e propõe mensurar a autoeficácia para o trabalho, após episódio de afastamento por transtornos mentais. A versão brasileira do instrumento “Expectativas sobre o trabalho” respeita a tradução literal do nome holandês e é o primeiro questionário disponível em português que avalia a autoeficácia no contexto do retorno ao trabalho (Silva Junior et al., 2017; Silva-Junior et al., 2018).

Desse modo, não foram encontrados instrumentos de mensuração da autoeficácia para o RT no Brasil, assim como a literatura apresenta poucos estudos em âmbito internacional. Para avançar o conhecimento científico nesta área de pesquisa, e considerando a especificidade do construto, evidencia-se a necessidade de estudos de construção e/ou adaptação de instrumentos específicos para a mensuração da autoeficácia para o RT no Brasil. Os estudos de adaptação transcultural de instrumentos ocorrem quando se pretende utilizar um determinado instrumento em populações de culturas diferentes, fazendo as adaptações necessárias para a compreensão do mesmo (Borsa et al., 2012). Adaptar um questionário autoaplicável para uso em um novo país, cultura e/ou idioma requer uma metodologia para alcançar a equivalência entre os idiomas de origem e de destino; os itens não devem apenas ser traduzidos linguisticamente, mas também adaptados culturalmente para manter a validade do conteúdo do instrumento em diferentes culturas. Desta forma, pode-se ter mais certeza de que o estado de saúde está sendo descrito de maneira semelhante em estudos multinacionais ou avaliações de resultados. Logo, o termo “adaptação transcultural” é usado para abranger um processo que analisa tanto a linguagem (tradução) quanto as questões de adaptação cultural no processo de preparação de um instrumento psicométrico para uso em outro ambiente (Beaton et al., 2007).

Complementarmente, também é realizada análise das qualidades psicométricas para alcançar a validade do instrumento adaptado, na qual são realizadas análises estatísticas para avaliar em que medida o instrumento pode, de fato, ser considerado válido para o contexto ao qual foi adaptado (Borsa et al., 2012). As etapas de adaptação e de validade constituem etapas distintas, porém complementares. A Comissão Internacional de Testes (ITC) propõe diretrizes para a tradução e adaptação de testes, organizadas em seis grandes tópicos: (1) pré-condição; (2) desenvolvimento do teste; (3) confirmação (análise empírica); (4) administração; (5) escalas e interpretação de pontuação; e (6) documentação (*International Test Commission*, 2017).

Os estudos de adaptação e avaliação de propriedades psicométricas de instrumentos abastecem os profissionais de ferramentas para a sua prática, sendo vantajoso para avaliar, planejar e executar ações em seu campo de atuação. Especificamente no caso de trabalhadores que se apresentam para o RT, o uso de instrumentos de medida apropriados cientificamente pode oferecer parâmetros úteis para serem feitas abordagens específicas.

Considerando os aspectos destacados sobre o processo de adaptação e de evidências de validade de instrumentos em culturas distintas e o cenário científico a respeito do tema, apresenta-se como objetivo central deste estudo realizar a adaptação do questionário *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (Corbière et al., 2017) para o idioma português corrente no Brasil, bem como investigar evidências de validade e confiabilidade do instrumento adaptado.

## 6.2 MÉTODO

Serão apresentados a caracterização do estudo, os participantes e contexto da pesquisa, as duas etapas do processo de adaptação e de evidências de validade de ROSES para o contexto brasileiro, detalhando-se os procedimentos de coleta e de análise de dados. Em seguida, apresentam-se informações acerca do instrumento de coleta de dados e os preceitos éticos considerados para a realização da pesquisa.

### 6.2.1 Caracterização do estudo

Esta pesquisa é de natureza descritiva, aplicada, de abordagem quantitativa, com levantamento de dados de corte transversal para a mensuração do fenômeno da autoeficácia para o RT.

Pesquisas descritivas têm por objetivo descrever fenômenos de determinada realidade a fim de se obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado (Sampieri et al., 2013). Portanto, o método descritivo desta pesquisa caracteriza-se pela descrição das características da autoeficácia e suas relações com o contexto do retorno ao trabalho, ampliando-se a compreensão de suas dimensões e formas de mensuração no contexto do trabalho brasileiro.

O delineamento do estudo conduziu ao uso de fontes primárias e de procedimentos estatísticos necessários e suficientes ao exame dos dados coletados, tendo em vista o objetivo da pesquisa (Cozby, 2009). Quanto ao recorte temporal, os dados foram coletados em um determinado momento, com base em uma amostra selecionada para descrever características de uma população alvo, caracterizando a natureza transversal da pesquisa (Richardson, 2017).

Os procedimentos metodológicos adotados para o desenvolvimento deste estudo foram divididos em duas etapas: (a) adaptação do *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES) (Corbière et al., 2017) para o idioma português corrente no Brasil, por meio da tradução e da investigação de evidências de validade semântica e (b) investigação de evidências de validade da estrutura interna e confiabilidade do instrumento adaptado, a partir de coleta de dados com a população alvo do estudo. Os procedimentos metodológicos serão apresentados em detalhes a seguir.

### **6.2.2 Participantes e contexto da pesquisa**

Para o processo de tradução, participaram três profissionais especialistas em Psicologia do Trabalho e/ou Psicometria, brasileiros, com domínio fluente do idioma inglês.

Na validade semântica, o estudo piloto contou com a participação de 10 trabalhadores afastados do trabalho e em processo de retorno ao trabalho, dos quais cinco responderam ao questionário referente a transtornos mentais comuns (TMC) e cinco de lesões musculoesqueléticas (LME), sendo necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), documento no qual foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, participação voluntária e sigilosa, riscos e benefícios ao participante, procedimentos adotados pelos pesquisadores, entre outras informações pertinentes aos participantes. Os critérios de inclusão para participação no estudo piloto foram: (1) estar ausente do trabalho devido a TMC ou LME; (2) vínculo de trabalho com o mesmo empregador de antes da licença médica; (3) idade mínima de 18 anos; (4) residir no território nacional brasileiro. Quanto aos critérios de exclusão: (1) trabalhadores autônomos; (2) trabalhadores que não trabalhavam no

momento do diagnóstico (TMC ou LME); (3) trabalhadores com diagnóstico de deficiência intelectual ou deficiência cognitiva importante; (4) trabalhadores afastados que não estivessem em processo de retorno ao trabalho, como aposentados/segurados por invalidez permanente.

Para a segunda etapa do estudo, participaram 370 trabalhadores em processo de RT, de idade variando entre 23 e 64 anos ( $M= 41,59$  anos,  $DP = 8,49$ ), dos quais 212 responderam ao questionário LME (57,30%), enquanto 158 responderam ao TMC (42,70%). Em geral, a maioria das observações foi de mulheres ( $n = 193$ ; 52,16%) que sustentavam parcialmente suas famílias ( $n = 197$ ; 53,24%) e que recebem benefício da previdência social ( $n = 278$ ; 75,13%). A amostragem foi classificada como não probabilística por conveniência, tendo em vista que a probabilidade de um membro qualquer da população total em questão ter sido escolhido é desconhecida, pelo fato de terem sido convidados a participar de acordo com disponibilidade para a pesquisa (Cozby, 2009; Creswell, 2010). O tamanho da amostra foi calculado segundo os critérios de realização das análises fatoriais, na proporção de cinco a dez observações para cada variável a ser analisada (Hair et al., 2009).

O acesso aos participantes ocorreu por meio de serviços de atenção ao trabalhador: Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST's, localizados nas regiões sul e sudeste, sindicatos de diversas categorias profissionais, associações de trabalhadores, serviços de assistência especializada ao trabalhador, clínicas de reabilitação, profissionais ligados à área de saúde do trabalhador e organizações. Além disso, foram convidados a participar do processo de divulgação da pesquisa pesquisadores, coordenadores e integrantes dos laboratórios de pesquisa relacionados a “organizações e trabalho” existentes nas cinco regiões do Brasil.

Os profissionais responsáveis foram contatados com uma breve apresentação do projeto e aqueles que concordaram em colaborar foram solicitados a apresentar a pesquisa aos seus usuários/pacientes com TMC ou LME e encaminhar o *link* para acesso ao questionário via *e-mail*, WhatsApp e redes sociais. A versão de ROSES adaptada e o questionário sociodemográfico foram inseridos em modo *online* por meio do aplicativo Google Forms e esteve disponível por seis meses, de março a agosto de 2022. Convites presenciais (face a face) também foram feitos para potenciais pesquisados no estudo.

### **6.2.3 O processo de adaptação e evidências de validade de ROSES para o contexto brasileiro**

#### *6.2.3.1 Primeira etapa: adaptação e validade semântica*

a) Tradução e adaptação: o processo de tradução e adaptação de ROSES (Corbière et al., 2017), do original em inglês desenvolvido no Canadá (Anexo A) para o idioma português corrente no Brasil, iniciou mediante autorização dos autores do instrumento original (Anexo B). A tradução do instrumento original foi realizada por três profissionais especialistas em Psicologia do Trabalho e/ou Psicometria, brasileiros, com domínio fluente do idioma inglês. Os especialistas traduziram os itens de maneira pouco discrepantes, utilizando o uso de sinônimos nos itens. As versões traduzidas foram comparadas e obteve-se uma primeira versão do instrumento. Em seguida, membros da equipe de pesquisa (Brasil e Canadá) revisaram o modelo para obter a equivalência semântica mais apropriada para o contexto de trabalho brasileiro (Beaton & Guillemin, 2000; Borsa et al., 2012). Definiu-se, portanto, a primeira versão do instrumento traduzido (versão piloto), intitulada “Escala de Obstáculos e Autoeficácia para o Retorno ao Trabalho - ROSES Brasil”.

b) Validade semântica: processo de cunho qualitativo, cujo intuito foi verificar se as instruções, o conteúdo dos itens e a estrutura do instrumento eram compreensíveis à população alvo da pesquisa. Para atingir tal objetivo, foi realizado um estudo piloto com 10 trabalhadores que apresentavam os critérios de inclusão desta pesquisa. Além da primeira versão de ROSES Brasil, o questionário de perfil do trabalhador (Apêndice B) foi respondido no estudo piloto, versão adaptada (traduzida) e impressa. Os *feedbacks* e sugestões dos participantes foram analisados pelos pesquisadores, realizando-se ajustes no enunciado dos itens voltados à Previdência Social, substituindo o termo “Seguro Social” por “Previdência Social”. Os participantes não levantaram outras questões de clareza em relação aos itens ROSES, TMC ou LME, portanto não houve a necessidade de mais modificações. No final deste processo, foi consolidada a validade semântica de ROSES Brasil, bem como a segunda versão (versão final) do instrumento adaptado (Apêndice C).

#### *6.2.3.2 Segunda etapa: validade da estrutura interna e confiabilidade*

Na segunda etapa da pesquisa, foram coletados e analisados dados da aplicação da segunda versão do instrumento. Os participantes foram informados sobre os objetivos do

estudo e critérios para participação no mesmo e, mediante interesse em participar, recebiam *link* da pesquisa correspondente ao seu diagnóstico – “Transtornos Mentais Comuns” ou “Lesões Musculoesqueléticas”, no qual constava o TCLE em formato digital e, selecionando a opção “Li e concordo com o TCLE”, formalizavam sua participação e eram direcionados ao questionário de perfil do trabalhador e ao instrumento ROSES Brasil, autoaplicados.

Os dados foram tabulados no *software* Excel e analisados pelo *software* R 4.2.1 (*R Development Core Team*, 2023). Aplicou-se a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), técnica de Modelagem por Equações Estruturais (MEE) indicada para avaliar o modelo de mensuração de um instrumento. É uma técnica que avalia um modelo empírico delimitado a priori, visando avaliar o ajuste deste modelo, isto é, se o modelo teórico se reproduz nos dados reais. Sendo assim, utilizou-se do estimador *Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted* (WLSMV) para avaliação dos indicadores de ajuste do modelo de dez fatores, delimitados por Corbière et al. (2017). Este estimador foi utilizado por se tratar de dados ordinais, provenientes de escala Likert, que geram matrizes policóricas (Li, 2016, Muthen & Muthen, 2017).

Para a avaliação do ajuste do modelo, alguns indicadores foram analisados, a saber: (a)  $\chi^2$ , no qual se espera valores não significativos; (b) a razão  $\chi^2/\text{gl}$ , que apresenta resultados adequados quando  $\leq 5$ , sendo preferencialmente  $\leq 3$ ; (c) *Comparative Fit Index* (CFI) e (d) *Tucker-Lewis Index* (TLI), apresentando resultados adequados quando  $\geq 0,90$ , e preferencialmente  $\geq 0,95$ ; (e) *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), com valores satisfatórios quando  $\leq 0,08$ , e preferencialmente  $\leq 0,06$ , com limite superior de intervalo de confiança  $\leq 0,10$ ; e (d) *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), com valores adequados quando  $\leq 0,08$  (Brown, 2015; Byrne, 2016; Tabachnick & Fidell, 2007). Além disso, adotou-se como o ponto de corte para as cargas valores  $\geq |0,30|$  (Hair et al., 2009).

Quanto à consistência interna da medida, utilizaram-se os indicadores Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), Ômega de McDonald ( $\omega$ ) e Confiabilidade Composta (C.C.). Para os três índices, valores  $\geq 0,60$  apresentam consistência interna aceitável (Bland & Altman, 1997; Hayes & Coutts, 2020; Valentini & Damásio, 2016).

Posteriormente, utilizou-se do paradigma da Teoria de Resposta ao Item (TRI) para estimar os parâmetros individuais dos itens, a saber: discriminação (a) e dificuldade (b). Para tanto, empregou-se o pacote estatístico mirt (Chalmers, 2012) e o Modelo de Resposta Gradual de Samejima (1969) para estimar os indicadores supracitados, além de obter as curvas de informação dos testes (CIT). É importante ressaltar que as CITs representam a

quantidade de informação que um teste consegue abarcar (ou nível de traço latente). Sendo assim, o ponto de encontro entre a linha vermelha pontilhada (erro) e a linha azul (quantidade de informação) indica o intervalo exato no qual um teste consegue mensurar o nível de traço latente. Já o pico da linha azul representa o nível de traço latente no qual o instrumento é mais preciso.

Ressalta-se que o indicador de discriminação do instrumento segue a interpretação proposta por Pasquali (2020), no qual se delimitam entre: discriminação muito baixa (0,01 – 0,34), baixa (0,35 – 0,64), moderada (0,65 – 1,34), alta (1,35 – 1,69) e muito alta (acima de 1,70). Já os parâmetros de dificuldade obedecem à métrica de -3 a +3, no qual valores maiores indicam maior dificuldade e vice-versa (Pasquali & Primi, 2003).

#### **6.2.4 Instrumentos de coleta de dados**

O instrumento de pesquisa foi organizado em duas partes: parte 1 com a identificação dos dados pessoais (questionário de perfil do trabalhador) e a parte 2 com a avaliação dos itens correspondentes à escala adaptada.

a) Questionário de perfil do trabalhador (Apêndice B): instrumento elaborado pelos autores deste estudo para delinear o perfil dos participantes. Para as duas versões TMC e LME: a) gênero; b) idade; c) escolaridade (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, pós-graduação); d) estado civil (solteiro/a, casado/a, viúvo/a, divorciado/a, outro); e) se responsável pelo sustento do grupo familiar (sim, não, parcialmente); f) tempo de atuação no mercado de trabalho (até 10 anos, até 20 anos, até 30 anos, 30 ou mais); g) tipo de vínculo (CLT/carteira assinada, servidor público, outro); h) ramo de atividade que trabalha (indústria, comércio, prestação de serviços, outro); i) porte do local de trabalho por número de funcionários (até 19 empregados, de 20 a 99, de 100 a 499, acima de 499); j) função atual; k) tempo de trabalho no vínculo atual (até 1 ano, de 2 a 5 anos, de 6 a 10 anos, de 11 a 15 anos, mais de 15 anos); l) período afastado do trabalho (até 2 semanas, de 2 a 4 semanas, de 4 a 8 semanas, de 8 a 12 semanas, mais de 12 semanas); m) se beneficiário da previdência no momento da pesquisa (sim, não); e n) diagnóstico psicológico pelo qual estava afastado do trabalho, para a versão TMC (ansiedade, burnout, depressão, estresse, síndrome do pânico, transtorno adaptativo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade, transtorno obsessivo compulsivo, outro), e parte do corpo afetada pela dor ou lesão, para a versão LME (parte superior das costas, parte inferior das costas, dor nas costas que se irradia para a perna –

ciática, membros superiores – braços, membros inferiores – pernas, artrite reumatoide, cervical, lombalgia, outro - especificar exatamente qual parte do corpo).

b) Questionário ROSES Brasil (Apêndice C): versão adaptada para o idioma português corrente no Brasil da escala *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* - ROSES (Anexo A). O instrumento foi escolhido por apresentar bons indicadores psicométricos, trazer compreensível redação dos itens e por abordar a avaliação de obstáculos para o retorno ao trabalho com a mensuração da autoeficácia para a superação dos obstáculos percebidos pelo trabalhador. A versão original de ROSES (Corbière et al., 2017) foi desenvolvida com base em dois referenciais teóricos - paradigma da incapacidade laboral (Loisel et al., 2005) e participação no trabalho (Corbière & Durand, 2011) e revisões de literatura referentes a trabalhadores com TMC ou LME e em processo de retorno ao trabalho (Corbière, Negrini, & Dewa, 2013; Laisné, Lecomte, & Corbière, 2012; St-Arnaud & Corbière, 2011). Ao escolher uma estrutura para ROSES, incorporando noções de obstáculos e autoeficácia, os autores se basearam na escala *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004).

Quanto à estrutura fatorial do instrumento, segundo o estudo de Corbière et al. (2017), o retorno ao trabalho de trabalhadores afastados com TMC ou LME é avaliado por meio de fatores biopsicossociais. O participante escolhe o questionário correspondente à sua patologia (TMC ou LME); ambas possuem estrutura e itens semelhantes, o que as diferencia é o termo “problema de saúde mental” ou “problema musculoesquelético” nos itens que relacionam a dimensão pesquisada ao quadro de saúde do trabalhador. Por exemplo: o item “Medo de que seu problema de saúde mental piore após o retorno ao trabalho”, na versão TMC, tornou-se “Medo de que seu problema musculoesquelético piore após o retorno ao trabalho”, na versão LME. O instrumento possui 46 itens distribuídos em 10 dimensões conceituais que cruzam as duas populações estudadas e não há uma definição específica para cada dimensão; o conteúdo de cada dimensão (ou seja, itens) refere-se ao título dessa mesma dimensão.

O instrumento ROSES possui duas partes. Na parte A, “Você vê o item abaixo como um obstáculo para o seu retorno ao trabalho?”, o trabalhador avalia uma situação que poderá enfrentar ao retornar para o trabalho (um possível obstáculo); a parte B, “Quão capaz você se sente para superar este obstáculo?”, avalia a autoeficácia para superar o obstáculo percebido. O participante responde o primeiro item da parte A (resposta de 1 a 7, onde 1 não é obstáculo e 7 é um grande obstáculo) e, somente se selecionar uma resposta com classificação maior que 1 (ou seja, o item representa um obstáculo de RT), ele é direcionado à pergunta correspondente na parte B. Se a resposta for 1 (não é um obstáculo), deixa de responder este

item da parte B e é direcionado ao segundo item da parte A, e assim sucessivamente. A formação dos itens da parte A e parte B são iguais, assim como o tipo de respostas (escala do tipo Likert de 1 a 7).

### 6.2.5 Aspectos éticos

Os procedimentos de adaptação e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – CEPESH (parecer n° 4.937.164) (Anexo C).

## 6.3 RESULTADOS

Inicialmente, o modelo proposto por Corbière et al. (2017) foi testado via Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e os resultados apontaram que o modelo apresentou ajuste limítrofe, os indicadores SRMR, RMSEA e  $\chi^2/\text{gl}$  apresentaram resultados satisfatórios, enquanto os indicadores CFI e TLI apresentaram resultados ligeiramente abaixo dos pontos de corte delimitados na literatura (Brown, 2015; Byrne, 2016; Tabachnick & Fidell, 2007), conforme é apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Indicadores de ajuste dos modelos testados

	$\chi^2$	$\chi^2/\text{gl}$	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
Original	2022,771	2,14	0,865	0,853	0,073	0,056 (IC95%= 0,053 – 0,060)
Reduzido	1282,035	2,06	0,908	0,896	0,070	0,054 (IC95%= 0,050 – 0,059)

Diante disso, pode-se dizer que a estrutura fatorial alcançou resultados limítrofes, considerando-se o ponto de corte dos indicadores utilizados. Tendo em vista que os valores se aproximaram, mas não alcançaram de fato os pontos de corte delimitados pela literatura, recomendam-se ajustes teóricos ou novas amostragens para atestar a qualidade da estrutura fatorial do instrumento.

Na investigação das cargas fatoriais do instrumento, três itens apresentaram cargas fatoriais com níveis de significância acima de 5% (Q9, Q13 e Q15) e cinco itens apresentaram magnitude insatisfatória das cargas fatoriais, isto é, abaixo de 0,30 (Q4, Q5, Q28, Q40 e Q41). Na Tabela 5 é apresentada a estrutura fatorial do instrumento, considerando a estrutura

original delimitada por Corbière et al. (2017) e ajustada de maneira empírica, indicando os itens com comportamento insatisfatório, conforme os fatores latentes do instrumento.

Tabela 5 - Estrutura fatorial da medida

Fatores	Itens	$\alpha$	$\omega$	C.C.
Medo de recaída (MR)	Q1, Q11, Q24, Q32	0,614	0,645	0,642
Dificuldade cognitiva (DC)	Q2, Q12, Q39	0,549	0,550	0,543
Dificuldade relacionada à medicação (DrM)	Q3, <b>Q13</b> , Q29	0,420	0,438	0,413
Demandas de trabalho (DT)	<b>Q4</b> , Q14, Q22, Q25, <b>Q28</b> , Q38, Q45	0,594	0,603	0,606
Sentimento de injustiça organizacional (SIO)	<b>Q5</b> , <b>Q15</b> , Q30, Q34	0,316	0,316	0,315
Relação difícil com o chefe imediato (RDci)	Q6, Q16, Q21, Q31, Q36, <b>Q41</b> , Q44	0,670	0,672	0,669
Relação difícil com colegas (RDc)	Q7, Q19, Q23, Q27, Q33, Q43, Q46	0,739	0,707	0,739
Relação difícil com a previdência social (RDps)	Q8, Q17, Q35, <b>Q40</b>	0,643	0,639	0,648
Difícil equilíbrio entre vida pessoal e trabalho (DEvt)	<b>Q9</b> , Q18, Q37, Q42	0,487	0,486	0,539
Perda da motivação para retornar ao trabalho (PMrt)	Q10, Q20, Q26	0,776	0,773	0,771

Nota: Itens destacados foram suprimidos pelo critério empírico da AFC.

É importante ressaltar que após a retirada dos itens que não alcançaram magnitude suficiente das cargas fatoriais ou a significância estatística necessária (Tabela 5), os resultados do ajuste do modelo melhoraram consistentemente. Neste sentido, apenas o indicador TLI apresentou desvios ligeiros dos pontos de corte delimitados pela literatura, indicando ajuste adequado do modelo, visto que Hair et al. (2009) defendem a utilização de mais de um indicador de ajuste para a interpretação da qualidade de um modelo de equações estruturais.

Contudo, o modelo reduzido gerou alguns fatores subidentificados por restarem apenas dois itens em DrM e SIO. Essa estrutura composta de dois itens torna o instrumento vulnerável, diminuindo a confiabilidade dos fatores latentes e gerando maior probabilidade de problemas de convergência do modelo (Hair et al., 2009).

Posteriormente, análises dos parâmetros individuais dos itens foram realizadas, considerando a Teoria de Resposta ao Item (TRI). Destaca-se que um dos pressupostos da

análise de TRI é a unidimensionalidade do modelo estatístico, i.e., cada fator latente deve ser testado de maneira independente, a fim de investigar os parâmetros individuais de itens que compõem um mesmo construto (Pasquali, 2020). Os resultados da análise, mostrados na Tabela 6, evidenciam itens com discriminação abaixo do ideal ( $a < 0,65$ ) nos fatores MR (Q24), DrM (Q13), DT (Q4, Q28), SIO (Q30, Q34) e DEvt (Q9). Dentre eles, pode-se observar indicadores que apresentaram problemas também na AFC, como Q4, Q9, Q13 e Q28.

Tabela 6 - Parâmetros individuais dos itens (discriminação e dificuldade)

(continua)								
Fatores	a	b1	b2	b3	b4	b5	b6	Bx
MR								
Q1	2,326	-2,143	-1,763	-1,033	-0,390	0,224	-0,915	-1,003
Q11	1,594	-1,588	-1,144	-0,393	0,228	1,032	0,294	-0,262
Q24	<b>0,540</b>	-3,550	-2,871	-1,238	0,169	2,235	1,341	-0,652
Q32	1,417	-2,567	-2,022	-1,182	-0,420	0,403	-0,507	-1,049
DC								
Q2	1,128	-1,845	-1,273	-0,408	0,441	1,286	1,792	-0,001
Q12	0,982	-1,559	-0,834	-0,033	0,869	1,768	2,651	0,477
Q39	1,404	-1,045	-0,575	0,070	0,762	1,646	2,603	0,577
DrM								
Q3	0,654	-1,442	-0,714	0,471	1,785	3,275	4,232	1,268
Q13	<b>0,000</b>	1505,395	-180,527	-2410,369	-4979,369	-8231,055	-11063,783	-4226,575
Q29	2,725	-1,452	-1,028	-0,407	0,102	0,712	1,198	-0,146
DT								
Q4	<b>0,344</b>	-9,529	-7,853	-4,322	-1,570	1,201	2,970	-3,184
Q14	1,930	-1,514	-1,184	-0,644	-0,083	0,540	1,007	-0,313
Q22	1,477	-1,898	-1,631	-0,674	-0,063	0,659	1,246	-0,394
Q25	0,823	-3,067	-2,133	-0,927	0,247	1,630	2,737	-0,252
Q28	<b>0,531</b>	-3,045	-2,291	-0,705	0,444	2,180	3,678	0,043
Q38	0,663	-2,113	-1,540	-0,402	0,627	2,435	3,571	0,430
Q45	0,770	-3,395	-2,568	-1,247	-0,215	1,129	2,408	-0,648
SIO								
Q5	4,381	-0,262	-0,052	0,393	0,865	1,283	1,646	0,646
Q15	0,716	-0,781	-0,238	0,611	1,742	3,008	4,245	1,431
Q30	<b>0,218</b>	-6,948	-4,114	-1,196	1,273	4,983	7,407	0,234
Q34	<b>0,210</b>	-4,535	-1,862	2,209	5,523	9,506	12,614	3,909

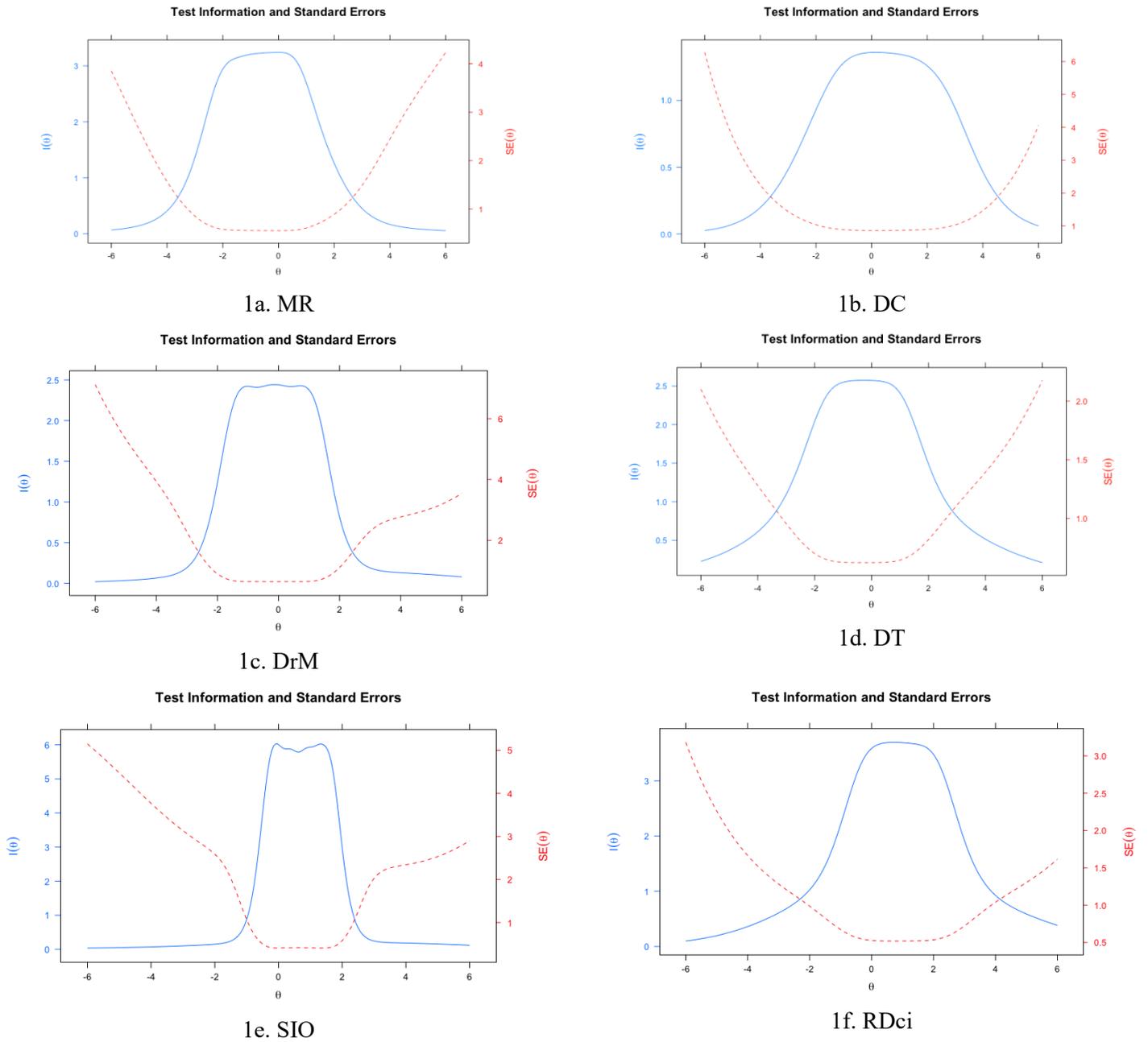
								(conclusão)
Fatores	a	b1	b2	b3	b4	b5	b6	Bx
RDci								
Q6	2,084	-0,175	0,083	0,571	1,016	1,590	2,078	0,861
Q16	2,026	-0,379	0,033	0,605	1,110	1,735	2,145	0,875
Q21	0,905	-1,523	-0,916	0,268	1,101	2,177	3,107	0,702
Q31	0,745	-0,976	-0,177	0,916	1,921	3,084	5,317	1,681
Q36	0,699	-1,946	-1,325	-0,079	1,172	2,661	4,249	0,789
Q41	0,744	-0,845	-0,129	0,766	1,542	2,701	3,671	1,284
Q44	0,794	-2,524	-1,868	-0,707	0,375	1,581	2,468	-0,113
RDc								
Q7	1,276	-0,167	0,326	1,039	1,785	2,506	2,994	1,414
Q19	1,330	-0,199	0,478	1,339	1,900	2,910	3,565	1,666
Q23	1,236	-0,880	-0,438	0,462	1,051	2,097	2,635	0,821
Q27	1,657	-0,488	0,035	0,687	1,168	1,999	2,613	1,002
Q33	1,017	-1,138	-0,492	0,233	0,763	1,754	2,591	0,619
Q43	1,088	-0,858	-0,292	0,658	1,383	2,532	3,350	1,129
Q46	1,670	-0,849	-0,489	0,140	0,870	1,646	2,412	0,622
RDps								
Q8	1,946	-0,526	-0,084	0,334	0,852	1,393	1,981	0,658
Q17	1,555	-0,499	0,006	0,571	1,125	1,671	2,073	0,825
Q35	1,342	-1,019	-0,657	-0,105	0,393	0,936	1,738	0,214
Q40	0,718	-1,171	-0,232	0,746	2,004	4,062	5,175	1,764
DEvt								
Q9	<b>-0,028</b>	21,113	9,718	-12,963	-37,123	-69,120	-111,030	-33,234
Q18	0,694	-0,488	0,077	0,826	1,925	3,325	4,672	1,723
Q37	3,397	-0,851	-0,632	-0,185	0,254	0,816	1,093	0,083
Q42	0,737	-1,587	-1,058	-0,215	0,615	1,559	2,219	0,256
PMrt								
Q10	2,542	-0,984	-0,667	-0,187	0,164	0,650	0,990	-0,006
Q20	2,201	-1,298	-0,921	-0,340	0,101	0,686	1,098	-0,112
Q26	1,984	-1,253	-0,802	0,059	0,730	1,189	1,731	0,276

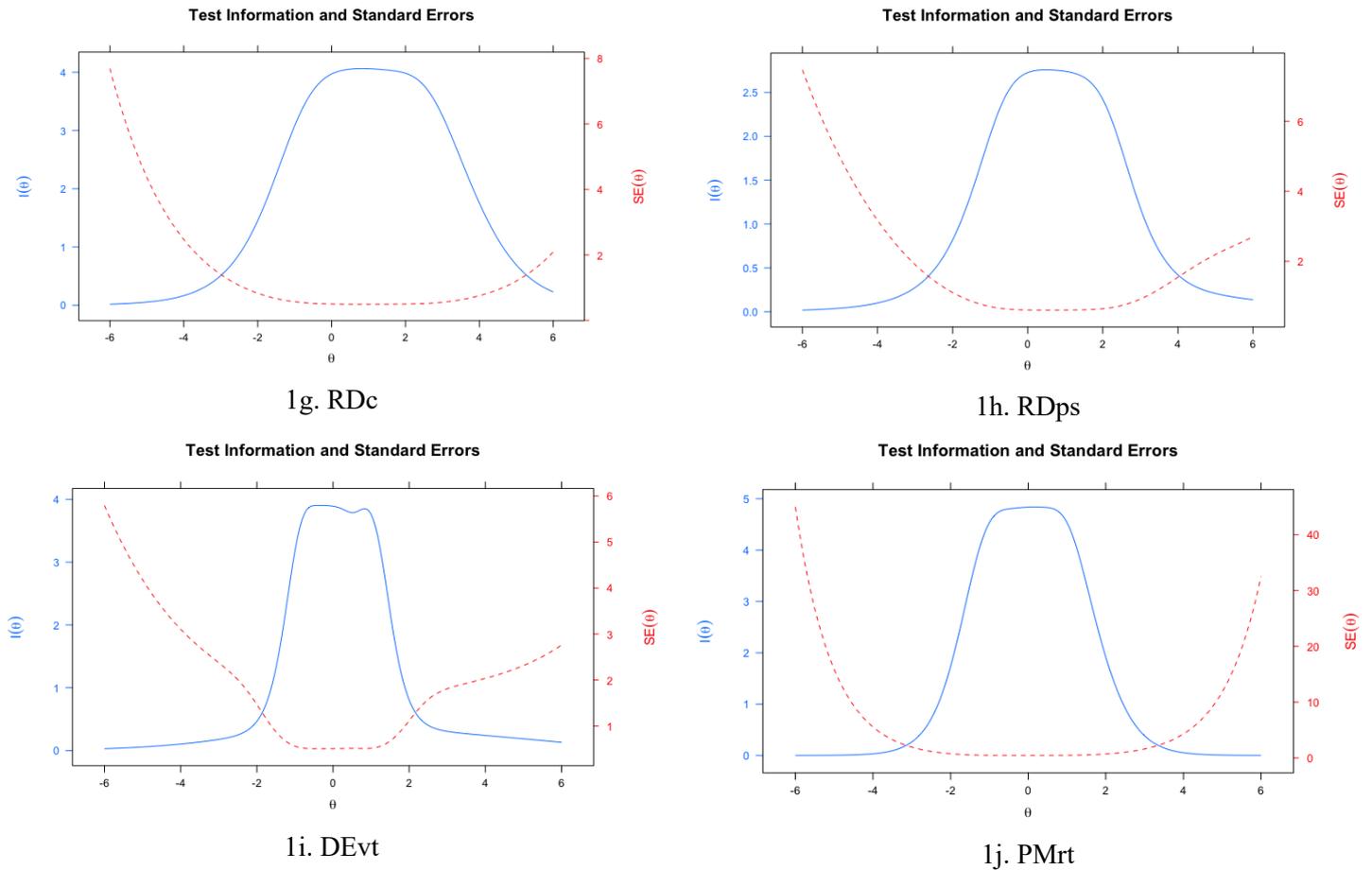
Nota: Itens em destaque não atingiram o ponto de corte do parâmetro de discriminação.

Ainda que os resultados do modelo de resposta gradual de Samejima (1969) tenham atestado a fragilidade de alguns indicadores, conforme exposto na Tabela 6, as Curvas de Informação do Teste (CITs) apontam que as dimensões da escala ROSES apresentam amplitude de informação satisfatória, cobrindo majoritariamente entre -3 e +3 do nível de traço latente, conforme é apresentado na Figura 3. Pode-se inferir, portanto, que o instrumento

é adequado para mensurar desde níveis de autoeficácia baixos até elevados, sendo capaz de discriminar indivíduos com diferentes níveis do construto.

Figura 3 - Curva de Informação do Teste (CIT) de cada dimensão da escala ROSES

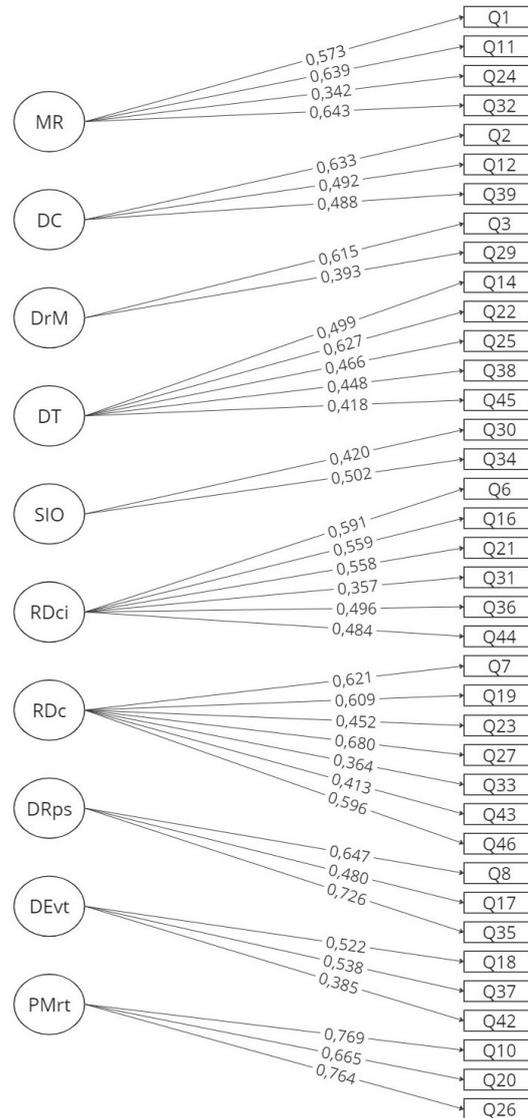




De acordo com o que é apresentado na Figura 3, a quantidade de informação mensurada pelas dimensões da escala ROSES são: MR: -3,5 a +2,8 (pico de precisão em +0,8); DC: -3,8 a 4,5 (pico de precisão em -1,0); DrM: -2,7 a +2,3 (pico de precisão entre -1,8; 0,0; e +1,0); DT: -3,7 a +3,0 (pico de precisão em 0,0); SIO: -1,0 a +2,2 (pico de precisão entre -0,8 e +1,8); RDci: -2,3 a +4,1 (pico de precisão em 0,0); RDc: -3 a +5,2 (pico de precisão em 0,0); RDps: 2,8 a +4,0 (pico de precisão em -0,2); DEvt: 2,0 a +2,1 (pico de precisão em -0,8); PMrt: -3,3 a +3,3 (pico de precisão em +1,0). Ressalta-se que todos os valores são aproximados.

Finalmente, após a investigação da estrutura fatorial da escala ROSES a partir de técnicas provenientes da Teoria Clássica dos Testes (TCT) e Teoria de Resposta ao Item (TRI), foi possível observar que a medida, em seu modelo reduzido, apresenta bons parâmetros psicométricos, uma vez que seus indicadores de ajuste de estrutura fatorial e parâmetros individuais dos itens apresentaram resultados satisfatórios. O modelo reduzido pode ser observado na Figura 4, que apresenta as cargas fatoriais da medida, bem como a estrutura fatorial considerando fatores latentes e os itens que os compõem.

Figura 4 - Estrutura fatorial da Escala ROSES



## 6.4 DISCUSSÃO

Os objetivos deste estudo consistiram em realizar a adaptação da *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* – ROSES (Corbière et al., 2017) para o idioma português corrente no Brasil e investigar evidências de validade e confiabilidade do instrumento adaptado. O instrumento ROSES é recomendado para trabalhadores em processo de RT, com TMC ou LME, apresenta itens compreensíveis a diferentes níveis de escolaridade e considera a avaliação de obstáculos para o retorno ao trabalho com a mensuração da autoeficácia para a superação dos obstáculos percebidos pelo trabalhador (Corbière et al., 2017).

Para desenvolver a versão original do instrumento, Corbière et al. (2017) utilizaram modelos teóricos como paradigma da incapacidade laboral (Loisel et al., 2005) e participação no trabalho (Corbière & Durand, 2011), além de estudos referentes a trabalhadores com TMC e LME em processo de retorno ao trabalho (Corbière, Negrini, & Dewa, 2013; Laisné, Lecomte, & Corbière, 2012; St-Arnaud & Corbière, 2011). Com base nesse referencial teórico, ROSES avalia fatores biopsicossociais no RT, incorporando obstáculos percebidos e a autoeficácia para superá-los.

Iniciou-se o estudo de adaptação de ROSES com as traduções do instrumento. As versões traduzidas foram comparadas e obteve-se uma primeira versão do instrumento, a qual foi revisada pela equipe de pesquisadores do Brasil e Canadá, autores do presente estudo, a fim de se obter equivalências apropriadas para o contexto de trabalho brasileiro. Em seguida, conduziu-se o processo de validade semântica por meio do estudo piloto, obtendo-se a versão final do instrumento adaptado.

Em seguida, procedeu-se às análises estatísticas para a validade da estrutura interna e confiabilidade do instrumento. O modelo proposto por Corbière et al. (2017) foi testado via Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e os resultados foram insuficientes para atestar a qualidade da estrutura fatorial do instrumento. Por conta disso, foi necessário construir uma estrutura alternativa e, ainda que os resultados do ajuste do modelo tenham melhorado consistentemente, esta nova estrutura apresentou inconsistências teóricas e empíricas do ponto de vista psicométrico, como os fatores latentes subidentificados, por restarem apenas dois itens em DrM e SIO.

Através da investigação das cargas fatoriais do instrumento, observaram-se itens com comportamento inadequado; três itens apresentaram cargas fatoriais com níveis de significância acima de 5% (Q9, Q13 e Q15) e cinco itens apresentaram magnitude insatisfatória das cargas fatoriais, isto é, abaixo de 0,30 (Q4, Q5, Q28, Q40 e Q41). Com a retirada desses itens que não apresentaram cargas fatoriais adequadas, gerou-se uma estrutura fatorial insatisfatória, segundo Hair et al. (2009), visto que alguns fatores apresentaram apenas dois itens, como no caso de DrM e SIO. Essa estrutura composta de dois itens torna o instrumento vulnerável, diminuindo a confiabilidade dos fatores latentes e gerando maior probabilidade de problemas de convergência do modelo (Hair et al., 2009). Tais problemas foram evidenciados com os indicadores de consistência interna de alguns fatores apresentando resultados abaixo dos pontos de corte delimitados pela literatura. Pode-se observar então que os fatores compostos por apenas dois itens apresentaram os menores indicadores de consistência interna, corroborando com os problemas evidenciados acima.

Portanto, pode-se inferir que a estrutura fatorial da escala ROSES no contexto brasileiro apresentou algumas inconsistências. A primeira delas é a exclusão de itens (Q4, Q5, Q9, Q13, Q15, Q28, Q40, Q41) que não apresentaram cargas fatoriais significativas ou com magnitudes suficientes para compor um fator latente. Contudo, com a retirada dos itens, gerou-se uma estrutura fatorial vulnerável. Tais inconsistências se repetiram na TRI (Teoria de Resposta ao Item): os itens Q4, Q9, Q13 e Q28 apresentaram resultados insatisfatórios na AFC (técnica proveniente da Teoria Clássica dos Testes - TCT) e também na TRI; esses itens devem ser analisados com atenção em investigações posteriores.

Desse modo, não se obteve um instrumento com a estrutura fatorial idêntica ao modelo original, mas os itens que não apresentaram bons indicadores no contexto brasileiro poderão ser reavaliados e, a priori, propõe-se uma estrutura sem esses itens. Por conta disso, a escala ROSES-BR está sujeita a um novo estudo de evidências de validade que considere ajustar os itens problema e testá-los novamente.

Por outro lado, os itens Q30 e Q34 do fator SIO apresentaram cargas fatoriais significativas, enquanto na TRI esses itens apresentaram discriminação insatisfatória, o que pode indicar a presença de dois fatores latentes nesta faceta do instrumento, ao invés de apenas uma. Desta maneira, resultados satisfatórios são invertidos a depender da técnica, visto que na TRI os itens Q5 e Q15 apresentaram discriminação satisfatória, enquanto na AFC suas cargas fatoriais foram fracas (Q5) e não significativas (Q15). Pode-se inferir que, devido ao pressuposto da unidimensionalidade, a técnica de TRI evidenciou a faceta dominante deste fator, que aparenta ter duas dimensões. Por fim, os itens Q40 e Q41, que não alcançaram os pontos de corte das cargas fatoriais, apresentaram parâmetros de dificuldade e discriminação satisfatórios.

Em outras palavras, isso significa que as técnicas AFC e TRI se divergiram em termos de resultados, enquanto na AFC o resultado indicou itens satisfatórios (Q30 e Q34) e insatisfatórios (Q5 e Q15), na TRI esses resultados são invertidos. Pressupõe-se, com esses resultados, que os itens Q30 e Q34 podem formar uma nova dimensão ou faceta do fator latente no qual ele é atribuído; da mesma maneira, os itens Q5 e Q15 podem ser agrupados para formar uma nova dimensão.

## 6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a estrutura fatorial do instrumento conta com limitações, visto que alguns itens apresentaram cargas fatoriais insatisfatórias ou parâmetros individuais

insuficientes. Desta maneira, sugere-se a revisão da adaptação da escala ROSES e a aplicação do instrumento de maneira completa (considerando os 46 itens iniciais) para que outros estudos possam ser realizados com o instrumento antes de rejeitar a estrutura fatorial delimitada por Corbière et al. (2017).

Reitera-se ainda que a estrutura encontrada neste estudo, por meio das cargas fatoriais e indicadores de ajuste, resultou em um modelo subidentificado, composto de apenas dois itens em alguns fatores, que pode gerar problemas de mensuração da medida, visto que o ideal para a mensuração de variáveis latentes é ter três itens ou mais representando um construto (Hair et al., 2009), fato que se mostrou insustentável com os itens originais da Escala ROSES no contexto brasileiro. Mesmo assim, as curvas de informação do teste evidenciaram que todos os fatores cobriram amplo espectro do traço latente, majoritariamente entre -3 e +3, conforme sugere a amplitude de mensuração da TRI (Pasquali & Primi, 2003). Em outras palavras, isso significa que o instrumento é adequado para pessoas com baixa autoeficácia ou alta autoeficácia e pode ser aplicado em diversos sujeitos, diversas ocasiões, sem perder a precisão na mensuração.

Recomenda-se que outros estudos sejam realizados, considerando os 46 itens originais da escala ROSES, para investigar de que maneira os indicadores problemáticos se comportam em outras amostras. Outro fator importante é o tamanho amostral; ainda que o estudo em questão conte com uma amostra robusta, de 370 participantes, alguns manuais sugerem uma proporção de 5 a 10 participantes por item (Brown, 2015; Hair et al., 2009), o que resultaria em uma amostra de 230 a 460 participantes. Sendo assim, sugere-se que o estudo seja replicado com uma amostra de, no mínimo 460 participantes, de maneira a reduzir o problema amostral na investigação dos parâmetros psicométricos da medida.

Por fim, de maneira a contribuir com a investigação dos parâmetros psicométricos da escala ROSES, recomenda-se a realização de análises de invariância fatorial da medida, através do método de Análise Fatorial Confirmatória Multi Grupo (AFCMG), para investigar possíveis diferenças na percepção da escala em função de grupos específicos (por ex. gênero, estado civil e faixa etária). Por fim, sugere-se a realização de estudos longitudinais, a fim de avaliar possíveis flutuações na estrutura fatorial da escala, além da criação de normas para a interpretação dos escores da escala ROSES, considerando uma amostra representativa da população brasileira.

## 6.6 REFERÊNCIAS

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Prentice Hall.
- Beaton, D.E., & Guillemin, F. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2002). Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 12, 1-9.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1-45.
- Black, O., Sim, M.R., Collie, A., & Smith, P. (2016). A return-to-work self-efficacy scale for workers with psychological or musculoskeletal work-related injuries. *Quality & Quantity*, 51, 413-424. DOI:10.1007/s11135-016-0312-7
- Bland, J.M., & Altman, D.G. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *Bmj*, 314(7080), 572.
- Borsa, J.C., Damásio, B.F., & Bandeira, D.R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22, 423-432.
- Brown, T.A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.
- 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.
- Byrne, B.M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge.
- Castro, S.M.D.J., Trentini, C.M., & Riboldi, J. (2010). Teoria da resposta ao item aplicada ao Inventário de Depressão Beck. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(3), 487–501.
- Chalmers, R.P. (2012). Mirt: A Multidimensional Item Response Theory Package for the R Environment. *Journal of Statistical Software*, 48(6), 1-29.
- Cohen, R.J., Swerdlik, M.E., & Sturman, E.D. (2014). *Testagem e Avaliação Psicológica*. AMGH.
- Corbière, M., Mercier, C., & Lesage, A. (2004). Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness. *J Career Assess*, 12(4):460–78.
- Corbière, M., & Durand, M.-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (From mental disorders to work disability: a transdisciplinary

approach to better understand this problematic and offer practical interventions). Presses de l'Université du Québec.

- Corbière, M., Negrini, A., Dewa, C.S. (2013). Mental health problems and mental disorders: linked determinants to work participation and work functioning. In: Loisel, P., Anema, J.R., editors. *Handbook of work disability: prevention and management* (pp. 267-288) Springer.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9661-2>
- Cozby, P.C. (2009). *Métodos em Pesquisa Comportamental* (10a ed). McGraw Hill.
- Creswell, J.W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3a ed). Artmed.
- Damásio, B.F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 11(2), 213-228.
- Durand, M.J., & Hong, Q.N. (2013). Tools for assessing work disability. In *Handbook of Work Disability* (pp. 229-251). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_15](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_15)
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman editora.
- Hayes, A.F., & Coutts, J.J. (2020). Use omega rather than Cronbach's alpha for estimating reliability. But.... *Communication Methods and Measures*, 14(1), 1-24.
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K.H. (2005). Long term sickness absence. *Bmj*, 330(7495), 802-803.
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests* (Second edition). [www.InTestCom.org]
- 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: 10.1097/01.jom.0000229783.04721.d2
- Laisné, F., Lecomte, C., Corbière, M. (2012). Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature (corrected and republished). *Disabil Rehabil*, 34(22):1912-41.
- Li, C.H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior research methods*, 48, 936-949.

- Little, R.J.A. (1988). A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198–1202. doi:10.1080/01621459.1988.10478722.
- Loisel, P., Durand, M.J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., & Tremblay, C. (2001). Disability prevention: new paradigm for the management of occupational back pain. *Dis Manag Health Outcomes*, 9(7), 351–60.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2: A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Applied Psychological Measurement*, 37(6), 497-498.
- Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S., & Reme, S.E. (2014). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary 43 analysis from a randomised controlled trial. *BMJ open*, 4(3). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen2013-004321>
- Muthén, L.K., & Muthén, B. (2017). *Mplus user's guide: Statistical analysis with latent variables, user's guide*. Muthén & Muthén.
- Pasquali, L. (2020). *TRI–Teoria de resposta ao item: Teoria, procedimentos e aplicações*. Editora Appris.
- Pasquali, L., & Primi, R. (2003). Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 2(2), 99-110.
- R Core Team (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
- Riedl, L., Blank, D., Kohl, M., Lang, A., Kehl, V., Brieger, P., & Hamann, J. (2020). Return-to-work-experts for inpatient treatment of patients with mental illnesses– a proof-of-concept-study (RETURN): the study protocol. *BMC Psychiatry* 20, 177. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02504-4>
- Samejima, F. (1969). Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika Monograph Supplement*, 34(4), 100-114.
- Sampieri, R.H., Fernández-Collado, C., & Lucio, M.D.P.B. (2013). *Metodologia de Pesquisa* (5a ed). Penso.
- 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*, 109-119. Recuperado em 14 de julho de 2020, de [www.jstor.org/stable/41151531](http://www.jstor.org/stable/41151531)
- 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 Saúde Pública*, 51, 8. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006778>

- Silva-Junior, J.S., Souto, E.P., Fischer, F.M., & Griep, R.H. (2018). Validity and test-retest reliability of the Brazilian version of the Return-to-work self-efficacy questionnaire. *Revista de saude publica*, 52, 65. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000237>
- St-Arnaud, L., Corbière, M. (2011) Déterminants de la réintégration en emploi et du retour au travail en santé mentale (Determinants of work reintegration and return to work in mental health). In: Corbière, M., Durand, M.-J., editors. *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions* (From mental disorders to work disability: a transdisciplinary approach to better understand this problematic and offer practical interventions) (p. 137-166). Presses de l'Université du Québec.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S., & Ullman, J.B. (2007). *Using multivariate statistics* (V. 5).
- Valentini, F., & Damásio, B.F. (2016). Variância média extraída e confiabilidade composta: indicadores de precisão. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 32.

## 7 ESTUDO 3 – AUTOEFICÁCIA PARA O RETORNO AO TRABALHO: UMA CARACTERIZAÇÃO MULTIGRUPAL

### *Self-efficacy for returning to work: A multigroup characterization*

#### **Resumo**

O retorno ao trabalho (RT) após licença médica é influenciado por fatores psicossociais relacionados ao trabalho. O objetivo do estudo foi comparar as dimensões da escala ROSES-BR para as versões LME e TMC com as variáveis independentes: sustento familiar; tipo de vínculo; tempo de trabalho; período afastado; benefício previdenciário; e diagnóstico psicológico ou dor física. O estudo, de abordagem quantitativa e de campo, utilizou para a coleta de dados o questionário de perfil do trabalhador e o instrumento ROSES-BR validado no Brasil pelos autores deste estudo. Os dados foram analisados a partir da Análise Multivariada de Variância por Permutações (PERMANOVA), a fim de investigar possíveis diferenças entre grupos nos níveis das dimensões da escala ROSES-BR. Os resultados da PERMANOVA apontaram diferenças entre grupos para as variáveis ‘benefício previdenciário’ e ‘tipo de vínculo’, enquanto as variáveis ‘sustento familiar’, ‘tempo de trabalho’, ‘período afastado’ e ‘diagnóstico’ não apresentaram diferenças. Em nosso contexto de estudo, não houve diferenças entre os grupos de trabalhadores com TMC ou LME, corroborando com o que foi apresentado em pesquisas anteriores sobre o RT. Os resultados podem subsidiar discussões a respeito das políticas organizacionais e sugerem intervenções para a reabilitação de trabalhadores com atenção aos fatores psicossociais relacionados ao trabalho.

**Palavras-chave:** autoeficácia; trabalhadores; retorno ao trabalho.

#### **Abstract**

Return to work (RTW) after sick leave is influenced by work-related psychosocial factors. The aim of the study was to compare the dimensions of the ROSES-BR scale for the CMD and MSD versions with the independent variables: family support; type of link; working time; period away; pension benefit; and psychological diagnosis or physical pain. The quantitative and field approach study used the worker profile questionnaire and the ROSES-BR instrument validated in Brazil by the authors of this study for data collection. Data were analyzed from the Multivariate Analysis of Variance by Permutations (PERMANOVA), in order to investigate possible differences between groups in the levels of dimensions of the ROSES-BR scale. The results of PERMANOVA showed differences between groups for the variables social security benefit and type of job, while the variables family support, working time, period away and diagnosis did not show differences. In our study context, there were no differences between the groups of workers with CMD or MSD, corroborating what was presented in previous research on RT. The results can support discussions about organizational policies and suggest interventions for the rehabilitation of workers with attention to psychosocial factors related to work.

**Keywords:** self-efficacy; workers; return to work.

## 7.1 INTRODUÇÃO

O retorno ao trabalho (RT) após licença médica é um processo complexo influenciado por diversos elementos. Fatores psicológicos, físicos e contextuais, que incluem a condição de vida e de trabalho, as políticas internas da organização e questões ligadas à previdência social, são variáveis destacadas na literatura especializada que versa sobre o processo de RT após licença médica (Henderson et al., 2005; Løvvik et al., 2014; Gragnano et al., 2022). Dentre os fatores contextuais relacionados ao trabalho, a duração média da licença, características da história ocupacional e maior tempo na função estão associadas ao RT (Lagerveld et al., 2010; Silva-Junior et al., 2017).

Contudo, tão importante quanto identificar fatores que influenciam de forma negativa o RT, é fundamental estudar os recursos pessoais do trabalhador para superá-los. Nesse sentido, expectativas positivas ou negativas, que podem estar relacionadas com os obstáculos percebidos durante o RT e crenças de autoeficácia sobre a superação desses, podem influenciar significativamente o RT de trabalhadores (Corbière et al., 2017). Dessa forma, um construto psicológico considerado em pesquisas como variável preditora do absenteísmo e do RT é a autoeficácia (Lagerveld et al., 2010; Corbière et al., 2017; Gragnano et al. 2022). A autoeficácia diz respeito às crenças pessoais acerca das próprias capacidades em realizar determinadas tarefas (Bandura, 1977).

A partir do modelo conceitual de autoeficácia de Bandura (1977), Lagerveld et al. (2010) definem a autoeficácia para o retorno ao trabalho como a crença dos trabalhadores na sua capacidade de se comportar das formas necessárias para retomar suas atividades laborais. Os autores propuseram possivelmente o primeiro estudo de investigação e desenvolvimento de uma medida específica para este construto. Além da medida para o construto em questão, considera-se importante o desenvolvimento de pesquisas, avaliações e intervenções envolvendo as variáveis preditoras para um RT sustentável. Ainda são poucos os estudos que se propuseram a investigar a relação entre os fatores biopsicossociais e o RT. Uma tendência, ainda discreta, observada nas pesquisas atuais sobre o RT bem-sucedido tem sido a inclusão de variáveis psicológicas (i.e., autoeficácia) (Corbière et al., 2017; Silva-Junior et al., 2017).

Outro aspecto importante diz respeito à população; os estudos que se propuseram a incluir variáveis psicossociais como preditoras do RT analisam, em um grupo específico de trabalhadores, por exemplo, transtornos mentais ou lesões físicas, e a literatura tem evidenciado que os fatores que dificultam o RT geralmente são comuns a todas as populações (Black et al., 2017; Vlasveld et al., 2012).

ROSES-BR é um instrumento de medida apropriada para este fim. Trata-se de uma ferramenta desenvolvida para medir várias barreiras de RT percebidas por trabalhadores em licença médica e sua autoeficácia para superá-las. ROSES adota uma abordagem que se concentra nos fatores comuns que preveem a duração da licença médica ou o RT em várias patologias; seu conteúdo é, portanto, adequado para a maioria das condições de saúde que afetam a participação no trabalho. Até o momento, ROSES foi validado para trabalhadores com transtornos mentais comuns (Corbière et al., 2017), distúrbios musculoesqueléticos (Corbière et al., 2017) e doenças cardiovasculares (Gragnano et al. 2022), e possui estudo de adaptação com evidências de validade no Brasil desenvolvido pelos autores deste estudo.

Incluir variáveis psicossociais relacionadas ao trabalho no escopo das investigações realizadas no contexto de RT com trabalhadores brasileiros poderá subsidiar pesquisadores, profissionais e organizações em seus projetos que visem à promoção do bem-estar e qualidade de vida dos trabalhadores em processo de RT, bem como o RT bem-sucedido.

Em face ao exposto, o objetivo do estudo foi identificar associações entre as dimensões da escala ROSES – BR das versões transtornos mentais comuns (TMC) e lesões musculoesqueléticas (LME), e as variáveis de perfil do trabalhador: a) Sustento familiar; b) Tipo de vínculo (CLT ou servidor público); c) Tempo de trabalho; d) Período afastado; e) Benefício previdenciário; e f) Diagnóstico psicológico ou dor física.

## 7.2 MÉTODO

### 7.2.1 Natureza e delineamento da pesquisa

Este estudo se caracteriza como descritivo, de natureza aplicada, de abordagem quantitativa, com delineamento metodológico de campo, buscando-se fontes primárias para o alcance de seus objetivos. Para Vergara (2015), pesquisas descritivas são levantamentos de dados que buscam revelar as características específicas do fenômeno sob estudo e sua relação com o contexto. Na pesquisa aplicada, conhecimentos previamente adquiridos são utilizados para coletar, selecionar e processar fatos e dados, a fim de se obter e confirmar resultados e gerar impacto (Cozby, 2009; Domenico & Cassetari, 2009; Richardson, 2017). A seguir, apresenta-se o detalhamento do processo metodológico aplicado.

## 7.2.2 Participantes e contexto da pesquisa

Este estudo recorreu à fonte primária de uso de dados, com a aplicação de escala de mensuração em trabalhadores brasileiros em processo de retorno ao trabalho. A seleção dos participantes foi classificada como não probabilística e por conveniência (Cozby, 2009; Creswell, 2010), e incluiu trabalhadores que se enquadravam nos seguintes critérios: (1) estar ausente do trabalho devido a TMC ou LME; (2) vínculo de trabalho com o mesmo empregador de antes da licença médica; (3) idade mínima de 18 anos; (4) residir no território nacional brasileiro. Quanto aos critérios de exclusão: (1) trabalhadores autônomos; (2) trabalhadores que não trabalhavam no momento do diagnóstico (TMC ou LME); (3) trabalhadores com diagnóstico de deficiência intelectual ou deficiência cognitiva importante; (4) trabalhadores afastados que não estivessem em processo de retorno para o trabalho, como aposentados/segurados por invalidez permanente.

O acesso aos participantes ocorreu por meio de instituições de atenção ao trabalhador: centro de referência em saúde do trabalhador, sindicatos de diversas categorias profissionais, associações de trabalhadores, serviços de assistência especializada ao trabalhador, profissionais ligados à área de saúde do trabalhador e organizações. Além disso, foram convidados a participar do processo de divulgação da pesquisa pesquisadores, coordenadores e integrantes dos laboratórios de pesquisa relacionados a “organizações e trabalho” existentes nas cinco regiões do Brasil.

Os profissionais responsáveis foram contatados com uma breve apresentação do projeto e aqueles que concordaram em colaborar foram solicitados a apresentar a pesquisa aos seus usuários/pacientes com TMC ou LME e encaminhar o *link* para acesso ao questionário via *e-mail*, WhatsApp e redes sociais. A versão de ROSES adaptada e o questionário sociodemográfico foram inseridos em modo online por meio do Google Forms e esteve disponível por seis meses, de março a agosto de 2022. Convites presenciais (face a face) também foram feitos para potenciais pesquisados no estudo.

Participaram deste estudo 158 trabalhadores que responderam à versão da escala ROSES-TMC, com idade variando entre 24 e 61 anos ( $M= 40,95$ ,  $DP = 8,24$ ); dentre eles, a maioria se declarou do gênero feminino ( $n= 94$ , 59,49%), casadas ( $n= 120$ , 75,95%) e com ensino médio completo ( $n= 50$ , 31,64%). Por outro lado, 212 trabalhadores responderam à versão ROSES-LME; suas idades variaram entre 23 e 64 anos ( $M= 42,07$ ,  $DP= 8,65$ ), a maioria homens ( $n= 113$ , 53,30%), casados ( $n= 147$ , 69,34%) e ensino médio completo ( $n=$

75, 35,37%). A Tabela 7 descreve o perfil demográfico das duas amostras considerando as variáveis independentes deste estudo.

Tabela 7 - Caracterização das variáveis independentes deste estudo

Variável	F <sub>TMC</sub>	% <sub>TMC</sub>	F <sub>LME</sub>	% <sub>LME</sub>	Variável
Sustento familiar			Sustento familiar		
Não	11	6,96%	14	6,60%	Não
Parcialmente	95	60,12%	102	48,11%	Parcialmente
Sim	52	32,91%	96	45,28%	Sim
Tipo de vínculo			Tipo de vínculo		
Servidor público	38	24,05%	34	16,03%	Servidor público
CLT	120	75,95%	178	83,96%	CLT
Tempo de trabalho			Tempo de trabalho		
Até 1 ano	19	12,02%	35	16,51%	Até 1 ano
2 a 5 anos	66	41,77%	89	41,98%	2 a 5 anos
6 a 10 anos	43	27,21%	58	27,35%	6 a 10 anos
11 a 15 anos	16	10,12%	17	8,20%	11 a 15 anos
15+ anos	14	8,86%	13	6,13%	15+ anos
Período afastado			Período afastado		
Até 2 semanas	33	20,88%	51	24,05%	Até 2 semanas
2 a 4 semanas	16	10,12%	36	16,98%	2 a 4 semanas
5 a 8 semanas	33	20,88%	40	18,86%	5 a 8 semanas
9 a 12 semanas	31	19,62%	41	19,34%	9 a 12 semanas
12+ semanas	45	28,48%	44	20,75%	12+ semanas
Benefício previdenciário			Benefício		
Não	37	23,42%	55	25,94%	Não
Sim	121	76,58%	157	74,06%	Sim
Diagnóstico de TM			Diagnóstico DF		
Ansiedade	19	12,02%	22	10,37%	Artrite
Depressão	54	34,17%	77	36,32%	Cervical
Estresse	53	33,54%	10	4,71%	Ciático
Síndrome do Pânico	29	18,35%	39	18,39%	Lombalgia
Transtorno de Personalidade	3	1,90%	13	6,13%	M. Inferiores
---	-	-		24,05%	M. Superiores

Na Tabela 7, observa-se no grupo dos participantes com TMC que a maioria sustentava parcialmente o grupo familiar (60,12%), era contratada por meio de regime CLT (75,95%), possuía vínculo de trabalho com o empregador entre 2 e 5 anos (41,77%), estava ausente do trabalho há mais de 12 semanas (28,48%), recebia benefício previdenciário (76,58%) e havia sido diagnosticada por depressão (34,17%), seguido por estresse (33,5%). Quanto aos participantes que responderam ao questionário de LME, a maioria era parcialmente responsável pelo sustento familiar (48,11%), regime celetista (83,96%), vínculo de trabalho com o empregador entre 2 e 5 anos (41,98%), estavam ausentes do trabalho há no máximo 2 semanas (24,05%), recebiam benefício (74,06%) e possuíam lesão na cervical (36,32%).

### **7.2.3 Instrumentos de coleta de dados**

Foram coletadas informações de perfil dos trabalhadores e dados objetivos referentes aos níveis de obstáculos e autoeficácia para o RT, por meio dos seguintes instrumentos de coleta de dados:

I - Questionário de perfil do trabalhador: instrumento elaborado pelos autores deste estudo para delinear o perfil dos participantes. Para as duas versões, TMC e LME, foram elaboradas as seguintes questões: a) gênero; b) idade; c) escolaridade (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, pós-graduação); d) estado civil (solteiro/a, casado/a, viúvo/a, divorciado/a, outro); e) se responsável pelo sustento do grupo familiar (sim, não, parcialmente); f) tempo de atuação no mercado de trabalho (até 10 anos, até 20 anos, até 30 anos, 30 ou mais); g) tipo de vínculo (CLT/carteira assinada, servidor público, outro); h) ramo de atividade que trabalha (indústria, comércio, prestação de serviços, outro); i) porte do local de trabalho por número de funcionários (até 19 empregados, de 20 a 99, de 100 a 499, acima de 499); j) função atual; k) tempo de trabalho no vínculo atual (até 1 ano, de 2 a 5 anos, de 6 a 10 anos, de 11 a 15 anos, mais de 15 anos); l) período afastado do trabalho (até 2 semanas, de 2 a 4 semanas, de 4 a 8 semanas, de 8 a 12 semanas, mais de 12 semanas); m) se beneficiário da previdência no momento da pesquisa (sim, não); e n) diagnóstico psicológico pelo qual estava afastado do trabalho - para a versão TMC (ansiedade, burnout, depressão, estresse, síndrome do pânico, transtorno adaptativo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade, transtorno obsessivo compulsivo, outro); e parte do corpo afetada pela dor ou lesão - para a versão LME (parte superior das costas, parte inferior das costas, dor nas costas que se irradia

para a perna – ciática, membros superiores – braços, membros inferiores – pernas, artrite reumatoide, cervical, lombalgia, outro - especificar exatamente qual parte do corpo).

II - Questionário ROSES-BR, validado no Brasil (Muller et al., 2023): O instrumento avalia possíveis obstáculos para o retorno ao trabalho com a mensuração da autoeficácia para a superação dos obstáculos percebidos pelo trabalhador. Além disso, são avaliados fatores biopsicossociais no retorno para o trabalho de trabalhadores afastados com TMC ou LME. O participante escolhe o questionário correspondente à sua patologia (TMC ou LME); ambos possuem estrutura e itens semelhantes, o que os diferencia é o termo “problema de saúde mental” ou “problema musculoesquelético” nos itens que relacionam a dimensão pesquisada ao quadro de saúde do trabalhador. O instrumento possui 46 itens distribuídos em 10 dimensões conceituais que cruzam as duas populações estudadas e não há uma definição específica para cada dimensão; o conteúdo de cada dimensão (ou seja, itens) refere-se ao título dessa mesma dimensão.

Este instrumento é resultado do processo de adaptação do *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES) para trabalhadores brasileiros, desenvolvido nesta tese. Para as análises deste estudo, foram considerados os 10 fatores da escala ROSES-BR: medo de recaída (MR); dificuldade cognitiva (DC); dificuldade relacionada à medicação (DrM); demandas de trabalho (DT); sentimento de injustiça organizacional (SIO); relação difícil com o chefe imediato (RDci); relação difícil com colegas (RDc); relação difícil com a previdência social (RDps); difícil equilíbrio entre vida pessoal e trabalho (DEvt); e perda da motivação para retornar ao trabalho (PMrt).

O instrumento ROSES-BR possui duas partes (parte A e parte B). A avaliação da situação que o trabalhador poderá enfrentar ao retornar para o trabalho (um possível obstáculo) é descrita na parte A; a parte B avalia a autoeficácia para superar o obstáculo percebido. Após responder o primeiro item da parte A (resposta de 1 a 7, onde 1 não é obstáculo e 7 é um grande obstáculo), o participante deve responder o primeiro item da parte B se sua resposta no mesmo item da parte A for 2 ou mais; se for 1 (não é um obstáculo), ele deixa de responder este item da parte B e é direcionado ao segundo item da parte A, e assim sucessivamente. A formação das questões da parte A e parte B são iguais, assim como o tipo de respostas (escala do tipo Likert de 1 a 7).

#### 7.2.4 Procedimentos de análise de dados

Os dados foram tabulados no *software* Excel e analisados via linguagem R de programação (R Core Team, 2022). A normalidade dos dados foi averiguada a partir do teste de Kolmogorov-Smirnov, no qual resultados significativos apontam distribuição assimétrica (Field, 2013). A partir disso, análises comparativas foram realizadas, considerando os fatores da escala ROSES para as versões LME e TMC com as variáveis independentes: a) Sustento familiar; b) Tipo de vínculo; c) Tempo de trabalho; d) Período afastado; e) Benefício Previdenciário; f) Diagnóstico psicológico ou dor física.

Desta maneira, a Análise Multivariada de Variância por Permutações foi realizada (PERMANOVA), com o intuito de avaliar dois modelos estatísticos, o primeiro considerando apenas as 10 dimensões da escala ROSES na versão LME e o segundo analisando as 10 dimensões na versão TMC. Para tanto, o pacote *vegan* (Oksanen et al., 2013) foi utilizado para o modelo multivariado, além do pacote *pairwiseAdonis* (Arbizu, 2020), que serviu para comparar os pares entre as variáveis independentes.

#### 7.2.5 Aspectos éticos

Os instrumentos e procedimentos de coleta de dados foram aplicados seguindo os mesmos preceitos éticos descritos no Estudo 2, aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – CEPESH (parecer n.º 4.937.164) (Anexo C).

### 7.3 RESULTADOS

Serão apresentados na sequência os resultados das associações entre as dimensões de ROSES-BR e as variáveis de perfil, obtidas por meio do questionário de perfil do trabalhador, relevantes para as correlações com o instrumento com base no referencial teórico do Estudo 1.

#### 7.3.1 Comparações entre grupos para a versão TMC

Inicialmente, os resultados do modelo multivariado, o qual avalia todas as variáveis dependentes em uma única vez, apontaram diferenças estatisticamente significativas para as variáveis independentes ‘benefício previdenciário’ e ‘tipo de vínculo’. Por outro lado, as

variáveis ‘sustento familiar’, ‘tempo de trabalho’, ‘período afastado’ e ‘diagnóstico’ não apresentaram diferenças entre os grupos, conforme aponta a Tabela 8.

Tabela 8 - Resultados do teste comparativo do modelo multivariado

	F	gl	R <sup>2</sup>	P
Sustento familiar	1,955	2	0,026	0,180
Benefício	5,776	1	0,039	0,035*
Tipo de vínculo	5,050	1	0,034	0,049*
Tempo de trabalho	0,151	4	0,004	0,963
Período afastado	1,032	4	0,028	0,406
Diagnóstico TM	0,544	4	0,014	0,667

Modelos univariados foram analisados considerando cada dimensão da escala ROSES, a fim de investigar se esse padrão se repete entre as variáveis dependentes deste estudo. Ressalta-se que o modelo univariado identifica as diferenças significativas de cada dimensão independentemente das outras, ou seja, as variáveis independentes que surtem efeito nas variáveis dependentes. Os resultados dos testes univariados podem ser conferidos na Tabela 9.

Tabela 9 - Associações evidenciadas no teste univariado para a versão TMC

	Sustento familiar	Benefício	Tipo vínculo	Tempo trabalho	Período afastado	Diagnóstico TM
MR <sub>TMC</sub>	0,621	0,344	0,137	0,393	0,409	<b>0,019*</b>
DC <sub>TMC</sub>	0,454	0,265	0,661	0,458	0,510	0,111
DrM <sub>TMC</sub>	0,536	<b>0,002*</b>	0,218	0,798	<b>0,019*</b>	0,237
DT <sub>TMC</sub>	0,170	0,426	<b>&lt;0,001*</b>	0,344	0,664	<b>0,058**</b>
SIO <sub>TMC</sub>	0,227	0,730	<b>&lt;0,001*</b>	0,194	0,078	0,115
RDci <sub>TMC</sub>	0,450	0,422	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	0,319	<b>0,010*</b>
RDc <sub>TMC</sub>	0,672	0,398	<b>0,058**</b>	0,147	<b>0,020*</b>	0,711
RDp <sub>STMC</sub>	0,362	<b>&lt;0,001*</b>	<b>&lt;0,001*</b>	0,223	<b>0,044*</b>	0,089
DEvt <sub>TMC</sub>	0,164	<b>0,021*</b>	<b>0,016*</b>	0,344	0,631	0,411
PMrt <sub>TMC</sub>	0,631	0,504	0,158	<b>0,010*</b>	0,400	0,173

Nota. \* Nível de significância  $p < 0,05$ . \*\* Nível de significância limítrofe ( $p = 0,05$ )

Conforme os dados apresentados da Tabela 9, no modelo univariado algumas associações significativas foram identificadas entre as variáveis, as quais serão descritas a seguir.

#### *Medo de recaída (MR)*

Ao testar o modelo univariado da dimensão MR, os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas apenas entre os grupos de trabalhadores com diagnósticos de transtornos mentais diversos. Sendo assim, a comparação pareada foi realizada apenas para a variável dependente, na qual as diferenças significativas foram atestadas na análise, indicando que trabalhadores com Síndrome do Pânico apresentaram diferenças significativas em níveis de MR quando comparados com trabalhadores com Depressão [ $F(1) = 10,910$ ,  $R^2 = 0,118$ ,  $p = 0,030$ ]. Por outro lado, trabalhadores com Ansiedade, Estresse e Transtornos de Personalidade não apresentaram diferenças entre si ou com as variáveis supracitadas.

#### *Dificuldade cognitiva (DC)*

Para a variável DC, os testes comparativos não evidenciaram diferenças entre os grupos analisados; comparações pareadas não foram realizadas, pois são indicadas apenas quando há associações no modelo univariado.

#### *Dificuldade relacionada à medicação (DrM)*

Posteriormente, testou-se o modelo univariado da dimensão MrD, o qual apontou diferenças estatisticamente significativas entre pessoas que recebem benefício previdenciário e trabalhadores com diferentes faixas de período afastados do trabalho, além da interação entre o benefício previdenciário com o tipo de vínculo, tempo de trabalho com diagnóstico de TM e a interação entre sustento familiar, benefício previdenciário e diagnóstico de TM.

Nas comparações pareadas entre os grupos, foi possível perceber que pessoas que recebem benefício previdenciário apresentaram maiores níveis de DrM quando comparadas a pessoas que não recebem ( $I-J = 0,676$ ,  $p = 0,003$ ,  $R^2 = 0,058$ ). Além disso, trabalhadores afastados de 4 a 8 semanas ( $I-J = -0,750$ ,  $p = 0,030$ ,  $R^2 = 0,110$ ) e até 2 semanas apresentaram DrM menores quando comparados a trabalhadores afastados há mais de 12 semanas ( $I-J = -1,144$ ,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,233$ ). Posteriormente, a análise evidenciou diferenças entre

trabalhadores em regime CLT que recebem benefício previdenciário e servidores públicos que não recebem tal benefício ( $I-J = 1,576$ ,  $p = 0,036$ ,  $R^2 = 0,096$ ), demonstrando que servidores públicos, ainda que não recebam benefício previdenciário, apresentam menores indicadores de DrM que trabalhadores CLT. Por outro lado, a análise também evidenciou diferenças significativas entre servidores públicos que recebem e não recebem benefício previdenciário ( $I-J = 1,482$ ,  $p = 0,024$ ,  $R^2 = 0,197$ ), indicando que servidores que recebem benefício apresentam maiores indicadores de DrM que servidores que não recebem.

Por fim, por mais que a análise comparativa tenha evidenciado diferenças significativas para as interações entre tempo de trabalho com diagnóstico de transtorno mental, além da interação entre sustento familiar, benefício previdenciário e diagnóstico de transtorno mental, os testes pareados não indicaram diferenças significativas entre os grupos.

#### *Demandas de trabalho (DT)*

O modelo univariado da variável DT apresentou diferenças estatisticamente significativas entre trabalhadores com diferentes tipos de vínculo e diferenças limítrofes ( $p = 0,058$ ) para pessoas com diagnósticos de transtornos mentais diferentes. Além disso, foi possível inferir diferenças significativas na interação entre tempo de trabalho na organização e período afastado. Sendo assim, comparações pareadas foram realizadas com as variáveis que apresentaram diferenças entre grupos.

Nesse sentido, as comparações pareadas indicaram que trabalhadores com regime CLT apresentaram níveis de DT maiores que servidores públicos ( $I-J = 0,675$ ,  $p = 0,001$ ,  $R^2 = 0,088$ ). Contudo, para os demais grupos não foram identificadas diferenças.

#### *Sentimento de injustiça organizacional (SIO)*

Posteriormente, o modelo univariado foi testado considerando a variável dependente SIO e os resultados apontam diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de vínculo e na interação do sustento familiar com o tipo de vínculo.

Sendo assim, as comparações pareadas foram realizadas para a investigação dos fatores que atestaram diferenças significativas. Pode-se inferir que trabalhadores CLT possuem maiores níveis de SIO que servidores públicos ( $I-J = 1,028$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,121$ ). Além disso, as comparações pareadas considerando a concatenação entre as variáveis sustento familiar e tipo de vínculo indicaram diferenças entre: a) Trabalhadores em regime CLT e que

sustentam suas famílias apresentam maiores níveis de SIO que servidores públicos que sustentam parcialmente suas famílias (I-J = 0,986,  $p = 0,030$ ,  $R^2 = 0,196$ ); b) Trabalhadores em regime CLT que sustentam parcialmente suas famílias apresentam maiores níveis de SIO que servidores públicos que também sustentam parcialmente suas famílias (I-J= 1,567,  $p = 0,015$ ,  $R^2 = 0,262$ ); c) Servidores que sustentam parcialmente suas famílias apresentam níveis de SIO menores que servidores que não sustentam suas famílias (I-J= -2,011,  $p = 0,045$ ,  $R^2 = 0,349$ ).

#### *Relação difícil com o chefe imediato (RDci)*

Nas análises dos modelos univariados, a variável RDci apresentou diferenças estatisticamente significativas para as variáveis ‘tipo de vínculo’, ‘tempo de trabalho’ e ‘diagnóstico de transtorno mental’. Além disso, apresentou interações significativas entre ‘sustento familiar’ com ‘benefício previdenciário’, ‘tempo de trabalho’ e ‘período afastado’; ‘benefício previdenciário’ com ‘tempo de trabalho’; ‘tempo de trabalho’ com ‘período afastado’ e com ‘diagnóstico de transtorno mental’; e ‘tempo de trabalho’ com ‘período afastado’. Por fim, as interações triplas apresentaram diferenças significativas entre ‘sustento familiar’ com ‘tempo de trabalho’ e ‘período afastado’; ‘sustento familiar’ com ‘benefício previdenciário’ e ‘diagnóstico de transtorno mental’; e ‘benefício previdenciário’ com ‘tempo de trabalho’ e ‘diagnóstico de transtorno mental’.

Diante disso, comparações pareadas indicaram que trabalhadores com contrato CLT apresentam maiores níveis de RDci que servidores públicos (I-J= 0,790,  $p = 0,001$ ,  $R^2 = 0,075$ ). Quanto ao tempo de trabalho, os trabalhadores que tinham de 2 a 5 anos apresentaram níveis maiores de RDci que trabalhadores com 6 a 10 anos (I-J= 0,743,  $p = 0,040$ ,  $R^2 = 0,089$ ) e mais de 15 anos (I-J= 1,019,  $p = 0,050$ ,  $R^2 = 0,107$ ). Já para diagnósticos de transtornos mentais, não foi possível inferir diferenças entre os grupos.

Quanto às interações entre as variáveis, a interação entre ‘sustento familiar’ e ‘benefício previdenciário’ não apresentou diferenças significativas ( $p > 0,05$ ). Entretanto, a interação entre ‘sustento familiar’ e ‘tipo de vínculo’ evidenciou que trabalhadores em regime CLT que sustentam parcialmente suas famílias apresentaram níveis maiores de RDci que servidores públicos que sustentam parcialmente suas famílias (I-J= 1,121,  $p = 0,015$ ,  $R^2 = 0,150$ ). Além disso, trabalhadores que recebem benefício previdenciário e com tempo de trabalho de 6 a 10 anos apresentaram níveis menores de RDci que trabalhadores que recebem benefício, mas com tempo de trabalho de 2 a 5 anos (I-J= -1,038,  $p = 0,045$ ,  $R^2 = 0,171$ ).

Quanto à interação entre tipo de vínculo e diagnóstico de transtorno psicológico, a comparação evidenciou diferenças entre trabalhadores em regime CLT com síndrome do pânico e servidores públicos com estresse (I-J= 1,717,  $p = 0,036$ ,  $R^2 = 0,475$ ), indicando que os trabalhadores celetistas apresentam maiores níveis de RDci que os servidores públicos, nesta comparação. Ademais, servidores públicos com estresse apresentaram menores níveis de RDci que trabalhadores em regime CLT com estresse (I-J= -1,298,  $p = 0,036$ ,  $R^2 = 0,248$ ) e depressão (I-J= -1,393,  $p = 0,036$ ,  $R^2 = 0,224$ ).

As interações entre ‘tempo de trabalho’ e ‘período afastado’, ‘tempo de trabalho’ e ‘diagnóstico de transtorno mental’ e ‘período afastado’ e ‘diagnóstico de transtorno mental’ não apresentaram diferenças estatisticamente significativas pelo método da comparação pareada. Por fim, as interações entre três variáveis fatoriais também não apresentaram significância estatística.

#### *Relação difícil com colegas (RDc)*

O modelo univariado da variável RDc foi testado de modo a investigar se houve diferenças estatisticamente significativas para os grupos analisados neste estudo. Os resultados indicaram diferenças para ‘tipos de vínculo’, ‘período afastado do trabalho’, além das interações entre ‘sustento familiar’ e ‘tempo de trabalho’, ‘benefício previdenciário’ e ‘tempo de trabalho’, ‘tipo de vínculo’ e ‘período afastado’ e a interação entre três variáveis, composta por ‘sustento familiar’, ‘tempo de trabalho’ e ‘diagnóstico de transtorno mental’.

Diante disso, comparações pareadas foram realizadas, de modo a investigar diferenças entre grupos, além da concatenação destes. Contudo, ainda que o teste univariado tenha atribuído diferenças significativas entre os grupos, as comparações pareadas não evidenciaram os pares que se diferenciaram entre si, apontando que os grupos investigados apresentaram resultados semelhantes de RDc.

#### *Relação difícil com a previdência social (RDps)*

Seguindo com as análises univariadas, a variável RDps apresentou diferenças estatisticamente significativas entre trabalhadores que recebem ou não benefício previdenciário, tipos de vínculo e períodos afastados diferentes, além da concatenação entre o sustento familiar e o tipo de vínculo do trabalhador.

Diante disso, comparações pareadas foram realizadas com o intuito de investigar quais grupos especificamente se diferenciam entre si, em níveis de RDps. Conforme os resultados, pessoas que recebem benefício previdenciário apresentaram maiores níveis de RDps que pessoas que não recebem o benefício (I-J= 1,781,  $p = 0,001$ ,  $R^2 = 0,269$ ). Além disso, trabalhadores com regime CLT apresentaram maiores níveis de RDps que servidores públicos (I-J= 0,746,  $p = 0,004$ ,  $R^2 = 0,048$ ). Por fim, trabalhadores com período afastado de até 2 semanas apresentaram diferenças significativas com trabalhadores com período afastado de 2 a 4 semanas (I-J= -1,159,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,247$ ), de 4 a 8 semanas (I-J= -1,940,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,439$ ), de 8 a 12 semanas (I-J= -2,062,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,534$ ) e mais de 12 semanas (I-J= -2,075,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,442$ ), indicando que o período afastado de até 2 semanas se diferenciou dos demais por apresentar os menores níveis de RDps.

Ademais, as comparações pareadas evidenciaram diferenças significativas para a interação entre ‘sustento familiar’ e ‘tipo de vínculo’, indicando que trabalhadores que sustentam parcialmente suas famílias apresentam maiores níveis de RDps que servidores públicos que sustentam parcialmente suas famílias (I-J= 1,213,  $p = 0,015$ ,  $R^2 = 0,127$ ). Além disso, servidores públicos que sustentam parcialmente suas famílias apresentaram menores níveis de RDps que servidores públicos que não sustentam suas famílias (I-J = -2,219,  $p = 0,030$ ,  $R^2 = 0,313$ ).

#### *Difícil equilíbrio vida e trabalho (DEvt)*

O modelo univariado da variável DEvt apresentou diferenças significativas entre os grupos de trabalhadores que recebem benefício previdenciário com os que não recebem, além dos tipos de vínculo (CLT x servidor público) e a interação entre sustento familiar e tipo de vínculo.

Desse modo, as comparações pareadas foram realizadas e houve diferenças significativas entre trabalhadores que recebem benefício previdenciário com trabalhadores que não recebem (I-J= 1,781,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,035$ ), indicando que trabalhadores que recebem benefício apresentam maiores níveis de DEvt que trabalhadores que não recebem. Além disso, foi possível observar que colaboradores em regime CLT apresentaram maior nível de DEvt quando comparados com servidores públicos (I-J= 0,746,  $p = 0,045$ ,  $R^2 = 0,026$ ).

### *Perda da motivação para retornar ao trabalho (PMrt)*

Finalmente, o modelo univariado da variável PMrt foi testado e foram identificadas diferenças estatisticamente significativas apenas entre o ‘tempo de trabalho’ e a interação entre ‘sustento familiar’, ‘benefício previdenciário’ e ‘diagnóstico de transtornos mentais’. Diante desses resultados, comparações pareadas foram realizadas para investigar as diferenças entre os grupos específicos.

As comparações pareadas, por sua vez, não apontaram diferenças significativas entre as faixas de tempo de trabalho com a organização. De maneira semelhante, a interação entre o ‘sustento familiar’, ‘benefício previdenciário’ e o ‘diagnóstico de transtorno mental’ não apresentou diferenças estatisticamente significativas, indicando que apenas a diferença global entre as variáveis foi atestada, como consta no resultado do modelo univariado.

### **7.3.2 Comparações entre grupos para a versão LME**

Os resultados do modelo multivariado indicaram diferenças estatisticamente significativas para as variáveis ‘benefício previdenciário’ e ‘tipo de vínculo’. Ademais, resultados significativos foram obtidos na análise das interações entre ‘sustento familiar’ com ‘benefício previdenciário’ e ‘tempo de trabalho’; ‘sustento familiar’ com ‘tempo de trabalho’ e ‘diagnóstico de dor física’; e ‘tempo de trabalho’ com ‘período afastado’ e ‘diagnóstico de dor física’. Os resultados podem ser conferidos na Tabela 10.

Tabela 10 - Modelo multivariado de LME

	F	gl	R <sup>2</sup>	p
Sustento familiar	1,911	2	0,010	0,181
Benefício previdência	7,984	1	0,022	0,018*
Tipo de vínculo	5,948	1	0,016	0,044*
Tempo de trabalho	0,889	4	0,009	0,473
Período afastado	3,256	4	0,036	0,069
Diagnóstico DF	0,828	4	0,011	0,515
Sus*Ben*TT	9,477	2	0,053	0,019*
Sus*TT*DF	6,115	4	0,068	0,028*
TT*Afas*DF	9,057	2	0,050	0,029*

Desta maneira, realizou-se a investigação dos modelos univariados de cada variável dependente da análise, i.e., as dimensões da Escala ROSES BR. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 11 e serão descritos a seguir.

Tabela 11 - Associações evidenciadas no teste univariado para a versão LME

	Sustento Familiar	Benefício	Tipo vínculo	Tempo trabalho	Período afastado	Diagnóstico DF
MR <sub>LME</sub>	0,669	0,061	0,132	<b>0,041*</b>	0,134	<b>0,046*</b>
DC <sub>LME</sub>	0,223	0,446	0,272	<b>0,008*</b>	0,613	<b>0,029*</b>
DrM <sub>LME</sub>	0,135	<b>&lt;0,001*</b>	0,315	0,357	<b>0,015*</b>	<b>0,002*</b>
DT <sub>LME</sub>	0,689	0,299	<b>&lt;0,001*</b>	0,490	0,216	0,100
SIO <sub>LME</sub>	0,374	0,852	<b>&lt;0,001*</b>	0,827	0,137	0,588
RDci <sub>LME</sub>	0,981	0,367	<b>0,041*</b>	0,100	0,613	0,141
RDc <sub>LME</sub>	0,850	<b>0,001*</b>	0,269	0,958	0,799	0,254
RDp <sub>SLME</sub>	0,712	<b>&lt;0,001*</b>	<b>0,007*</b>	<b>0,001*</b>	<b>0,012*</b>	0,172
DEvt <sub>LME</sub>	<b>0,005*</b>	<b>0,013*</b>	<b>0,032*</b>	0,678	0,320	0,651
PMrt <sub>LME</sub>	0,143	0,847	0,191	0,440	0,061	0,510

Nota. \* Nível de significância  $p < 0,05$ .

#### *Medo de recaída (MR)*

Inicialmente, o resultado do modelo univariado da primeira dimensão da escala ROSES apresentou diferenças estatisticamente significativas apenas para a variável ‘tempo de trabalho’ e o ‘diagnóstico de dor física’.

Comparações pareadas foram realizadas para investigar possíveis diferenças diretas entre pares de grupos investigados e não houve diferenças significativas entre o tempo de trabalho, contrastando com os resultados iniciais do modelo univariado. Por outro lado, trabalhadores com dores na cervical apresentaram maiores níveis de MR que trabalhadores com dores nos membros inferiores ( $I-J= 1,261$ ,  $p = 0,015$ ,  $R^2= 0,117$ ). Além disso, trabalhadores com dores nos membros superiores apresentaram maiores níveis de MR que trabalhadores com dores nos membros inferiores ( $I-J= 1,345$ ,  $p = 0,015$ ,  $R^2= 0,015$ ). Por fim, trabalhadores com artrite também apresentaram maiores níveis de MR que trabalhadores com dores nos membros inferiores ( $I-J= 1,388$ ,  $p = 0,045$ ,  $R^2= 0,267$ ).

### *Dificuldade cognitiva (DC)*

Posteriormente, o modelo univariado com a dimensão DC foi testado, obtendo-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de ‘tempo de trabalho’ e ‘diagnósticos de dor física’ diferentes. Além disso, foi possível atestar diferenças significativas na interação entre ‘sustento familiar’, ‘tempo de trabalho’ e ‘diagnóstico de dor física’.

A análise das comparações pareadas evidenciou que apenas trabalhadores com dores físicas em membros superiores e inferiores apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Desta maneira, pode-se inferir que trabalhadores com tempo de trabalho de até 1 ano apresentaram menores níveis de DC quando comparados a trabalhadores com tempo de trabalho de 2 a 5 anos ( $I-J = -0,706$ ,  $p = 0,067$ ,  $R^2 = 0,020$ ) e mais de 15 anos ( $I-J = -1,054$ ,  $p = 0,050$ ,  $R^2 = 0,155$ ). Além disso, trabalhadores com dores nos membros inferiores apresentaram índices de DC menores que trabalhadores com dores na cervical ( $I-J = -1,142$ ,  $p = 0,045$ ,  $R^2 = 0,090$ ) e com dores nos membros superiores ( $I-J = -1,253$ ,  $p = 0,015$ ,  $R^2 = 0,240$ ).

### *Dificuldade relacionada à medicação (DrM)*

Posteriormente, o modelo univariado da variável DrM apresentou diferenças significativas para os grupos ‘benefício previdenciário’, ‘período afastado’ e ‘diagnóstico de dor física’. Além disso, as interações entre ‘sustento familiar’ e ‘benefício previdenciário’, ‘sustento familiar’ com ‘período afastado’ e ‘tipo de vínculo’ com ‘diagnóstico de dor física’ também apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Por fim, as interações triplas entre ‘tipo de vínculo’, ‘tempo de trabalho’ e ‘período afastado’; ‘sustento familiar’, ‘benefício previdenciário’ e ‘diagnóstico de dor física’; e ‘sustento familiar’, ‘tipo de vínculo’ e ‘diagnóstico de dor física’ apresentaram diferenças significativas entre os grupos.

A partir disso, realizaram-se comparações pareadas entre os grupos evidenciados pelo teste univariado, as quais apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre trabalhadores que recebem benefício previdenciário e aqueles que não recebem, indicando que trabalhadores que recebem o benefício apresentam maiores níveis de DrM que trabalhadores que não recebem ( $I-J = -0,510$ ,  $p = 0,006$ ,  $R^2 = 0,041$ ). Além disso, trabalhadores afastados de até 2 semanas apresentaram menores níveis de DrM quando comparados a trabalhadores afastados de 2 a 4 semanas ( $I-J = -0,732$ ,  $p = 0,030$ ,  $R^2 = 0,107$ ), de 8 a 12 semanas ( $I-J = -0,621$ ,  $p = 0,050$ ,  $R^2 = 0,090$ ) e com mais de 12 semanas ( $I-J = -0,815$ ,  $p =$

0,010,  $R^2= 0,145$ ). Entretanto, não é possível inferir diferenças entre trabalhadores afastados de até 2 semanas e trabalhadores afastados de 4 a 8 semanas. Quando comparados os tipos de diagnósticos de dor física, trabalhadores com dores na cervical apresentaram maiores níveis de DrM que trabalhadores com dor no ciático ( $I-J= 1,211$ ,  $p = 0,015$ ,  $R^2= 0,117$ ).

Quanto às comparações das interações entre as variáveis, trabalhadores que sustentam suas famílias e recebem benefício previdenciário apresentam maiores níveis de DrM que trabalhadores que sustentam sua família, mas não recebem benefício ( $I-J= 0,986$ ,  $p = 0,015$ ,  $R^2= 0,134$ ). Não foi possível inferir diferenças significativas nas demais interações.

#### *Demandas de trabalho (DT)*

A partir disso, testou-se o modelo univariado da variável DT. Os resultados indicaram diferenças significativas entre os tipos de vínculo e nas interações entre ‘tipo de vínculo’ e ‘período afastado’, além da interação entre ‘sustento familiar’, ‘tempo de trabalho’ e ‘período afastado’. Diante disso, comparações pareadas foram realizadas para investigar diferenças diretas entre pares de grupos.

O teste pareado evidenciou que trabalhadores em regime CLT apresentaram maiores níveis de DT quando comparados a servidores públicos ( $I-J= 0,604$ ,  $p = 0,001$ ,  $R^2= 0,047$ ). Entretanto, não foi possível inferir diferenças significativas das interações entre as variáveis independentes evidenciadas no teste univariado.

#### *Sentimento de injustiça organizacional (SIO)*

O modelo univariado da variável SIO apresentou diferenças estatisticamente significativas apenas para o tipo de vínculo e a interação entre ‘sustento familiar’, ‘tipo de vínculo’ e ‘período afastado’. A partir disso, as comparações pareadas destas variáveis foram realizadas.

Foi possível inferir que trabalhadores em regime CLT apresentaram maiores níveis de SIO que servidores públicos ( $I-J= 0,804$ ,  $p = 0,001$ ,  $R^2= 0,091$ ). Por outro lado, a interação entre ‘sustento familiar’, ‘tipo de vínculo’ e ‘período afastado’ não evidenciou diferenças entre os pares.

### *Relação difícil com o chefe imediato (RDci)*

O modelo univariado da variável RDci foi avaliado e houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de tipos de vínculo. Além disso, foi possível inferir diferenças significativas entre as interações de ‘tipo de vínculo’ com ‘tempo de trabalho’, e ‘sustento familiar’ com ‘tempo de trabalho’ e ‘diagnóstico de dor física’.

Diante disso, as comparações pareadas foram realizadas e não indicaram diferenças entre trabalhadores em regime CLT e servidores públicos. Por outro lado, foi possível inferir diferenças entre grupos na interação entre ‘tipo de vínculo’ e ‘tempo de trabalho’, na qual servidores públicos com tempo de trabalho de 6 a 10 anos apresentaram menores níveis de RDci quando comparados a servidores públicos com tempo de trabalho de 2 a 5 anos (I-J= -1,328,  $p = 0,045$ ,  $R^2 = 0,475$ ), e trabalhadores em regime CLT com tempo de trabalho de até 1 ano (I-J= -0,898,  $p = 0,045$ ,  $R^2 = 0,226$ ) e de 2 a 5 anos (I-J= -1,019,  $p = 0,045$ ,  $R^2 = 0,147$ ). Por outro lado, a interação tripla entre ‘sustento familiar’, ‘tempo de trabalho’ e ‘diagnóstico de dor física’ não apresentou diferenças significativas entre os grupos pareados.

### *Relação difícil com colegas (RDc)*

Posteriormente, o modelo univariado da variável RDc apresentou diferenças significativas apenas entre os grupos de trabalhadores que recebem ou não o benefício previdenciário. Por outro lado, apresentou diferenças significativas das interações entre as variáveis independentes, sendo elas: a) sustento familiar e benefício previdenciário; b) benefício previdenciário e tipo de vínculo; c) sustento familiar e período afastado; d) tipo de vínculo e período afastado; e) benefício previdenciário e diagnóstico de dor física; f) período afastado e diagnóstico de dor física.

Sendo assim, comparações pareadas foram realizadas com as variáveis que apresentaram significância estatística no modelo univariado. Nos resultados, trabalhadores que recebem benefício previdenciário apresentam menores níveis de RDc que trabalhadores que não recebem (I-J= -0,390,  $p = 0,013$ ,  $R^2 = 0,031$ ). Em contrapartida, trabalhadores que sustentam parcialmente suas famílias e não recebem benefício previdenciário apresentaram maiores níveis de RDc quando comparados com trabalhadores que não sustentam suas famílias e recebem benefício (I-J= 1,147,  $p = 0,030$ ,  $R^2 = 0,268$ ). Demais interações não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, contrastando com o resultado do modelo univariado da variável RDc.

*Relação difícil com a previdência social (RDps)*

Para a variável RDps do modelo univariado, houve diferenças significativas para as variáveis ‘benefício previdenciário’, ‘tipo de vínculo’, ‘tempo de trabalho’ e ‘período afastado’. Além disso, também foi possível observar diferenças entre as interações duplas de ‘benefício previdenciário’ com ‘tempo de trabalho’ e ‘tempo de trabalho’ com ‘período afastado’. Já no caso das interações triplas, só foi possível observar diferenças entre grupos em ‘sustento familiar’ com ‘tipo de vínculo’ e ‘diagnóstico de dor física’.

As comparações pareadas evidenciaram que trabalhadores que recebem benefício previdenciário apresentam maiores níveis de RDps que trabalhadores que não recebem (I-J= 0,834,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,087$ ). Por outro lado, as comparações pareadas indicaram não haver diferenças entre servidores públicos e trabalhadores em regime CLT. Quanto ao tempo de trabalho, foi possível inferir que trabalhadores com 11 a 15 anos apresentaram maiores níveis de RDps quando comparados a trabalhadores com 6 a 10 anos (I-J= 1,300,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,202$ ) e mais de 15 anos (I-J= 1,611,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,409$ ). Quando comparados os períodos de afastamento, é possível observar que trabalhadores afastados até 2 semanas apresentaram menores índices de RDps quando comparados a trabalhadores afastados de 4 a 8 semanas (I-J= -0,773,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,111$ ), de 8 a 12 semanas (I-J= -1,068,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,198$ ) e mais de 12 semanas (I-J= -1,214,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,235$ ).

Quanto às comparações pareadas das interações, estas indicaram que trabalhadores que não recebem benefício previdenciário e com tempo de trabalho de até 1 ano apresentam menores indicadores de RDps que trabalhadores que recebem benefício e com tempo de trabalho de até 1 ano (I-J= -1,846,  $p = 0,036$ ,  $R^2 = 0,341$ ) e de 11 a 15 anos (I-J= -2,056,  $p = 0,036$ ,  $R^2 = 0,567$ ). Resultados semelhantes são vistos quando comparados trabalhadores que recebem benefício previdenciário e com tempo de trabalho de 6 a 10 anos, que apresentam menores indicadores de RDps quando comparados a trabalhadores que recebem o benefício, mas com tempo de trabalho de 11 a 15 anos (I-J= -1,176,  $p = 0,036$ ,  $R^2 = 0,180$ ). É possível perceber ainda que os trabalhadores que recebem benefício e apresentam tempo de trabalho de 11 a 15 anos apresentam maiores indicadores de RDps quando comparados a trabalhadores que não recebem benefício e tempo de trabalho de 2 a 5 anos (I-J= 1,305,  $p = 0,036$ ,  $R^2 = 0,280$ ), trabalhadores que não recebem benefício e tempo de trabalho de 6 a 10 anos (I-J= 1,833,  $p = 0,036$ ,  $R^2 = 0,514$ ) e trabalhadores que recebem o benefício e com tempo de trabalho de mais de 15 anos (I-J= 1,514,  $p = 0,036$ ,  $R^2 = 0,381$ ). As outras interações não apresentaram diferenças significativas entre os grupos.

### *Difícil equilíbrio vida e trabalho (DEvt)*

Quando testado o modelo univariado da variável DEvt, diferenças significativas foram atestadas nos grupos de ‘benefício previdenciário’, ‘tipo de vínculo’ e na interação entre ‘sustento familiar’ e ‘tipo de vínculo’. Diante disso, comparações pareadas foram realizadas.

As comparações pareadas, por sua vez, evidenciaram que trabalhadores que não sustentam suas famílias apresentaram menores níveis de DEvt quando comparados a trabalhadores que sustentam suas famílias (I-J= -0,987,  $p = 0,006$ ,  $R^2 = 0,076$ ) e sustentam parcialmente (I-J= -0,954,  $p = 0,012$ ,  $R^2 = 0,084$ ). Além disso, foi possível observar diferenças entre grupos de benefício previdenciário, indicando que trabalhadores que recebem benefício apresentam maiores níveis de DEvt que trabalhadores que não recebem (I-J= 0,463,  $p = 0,010$ ,  $R^2 = 0,032$ ). Por outro lado, ainda que não seja possível atestar diferenças entre os tipos de vínculo, foi possível inferir diferenças estatisticamente significativas entre a interação de ‘benefício previdenciário’ e ‘tipo de vínculo’. Servidores públicos que não recebem benefício previdenciário apresentaram menores níveis de DEvt que trabalhadores em regime CLT que recebem benefício (I-J= -0,909,  $p = 0,012$ ,  $R^2 = 0,077$ ) e CLT que não recebem benefício (I-J= -0,050,  $p = 0,012$ ,  $R^2 = 0,178$ ).

### *Perda da motivação para retornar ao trabalho (PMrt)*

Por fim, o modelo univariado considerando a variável PMrt apresentou diferenças significativas apenas entre as interações entre ‘benefício previdenciário’ e ‘tempo de trabalho’ e ‘sustento familiar’ e ‘período afastado’. Sendo assim, as comparações pareadas entre estes grupos foram investigadas.

Entretanto, o teste das comparações pareadas não evidenciou diferenças significativas entre os pares de grupos investigados através do modelo univariado, contrastando com o modelo univariado, e indicam que não há diferenças significativas entre os grupos testados neste estudo.

## 7.4 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar associações entre as dimensões da escala ROSES - BR, para as versões TMC e LME, e as variáveis de perfil do trabalhador: a) Sustento familiar; b) Tipo de vínculo (CLT ou servidor público); c) Tempo de trabalho; d)

Período afastado; e) Benefício previdenciário; e f) Diagnóstico psicológico ou dor física. A estrutura e o conteúdo da escala ROSES-BR são adequados para avaliar potenciais obstáculos para o RT de trabalhadores com TMC ou LME e sua autoeficácia para superá-los, ou seja, incorpora tanto a noção de potenciais obstáculos para o RT, quanto os recursos para enfrentamento do trabalhador (autoeficácia).

A PERMANOVA consiste em analisar todas as variáveis dependentes no modelo estatístico, que nesse caso são os valores totais das dimensões de ROSES (a soma das pontuações), as quais foram comparadas com os grupos delimitados por meio das variáveis independentes, a fim de identificar as diferenças (Anderson, 2001). Assim, inicialmente, o modelo multivariado foi investigado, comparando todos os grupos e todas as variáveis dependentes juntas, para as duas versões de ROSES, TMC e LME, e foram obtidas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis ‘benefício previdenciário’ e ‘tipo de vínculo’, enquanto as variáveis ‘sustento familiar’, ‘tempo de trabalho’, ‘período afastado’ e ‘diagnóstico’ não apresentaram diferenças entre os grupos.

As variáveis consideradas neste estudo são apontadas como fatores com efeito no RT de trabalhadores em licença médica. A literatura destaca elementos pessoais e contextuais, com efeito no RT de trabalhadores; as variáveis contextuais envolvem pessoas interessadas (colegas de trabalho, supervisor e médicos) e sistemas (organização, saúde e previdência) (Gagnano et al., 2022).

Desse modo, o RT está inserido em um contexto amplo, no qual há diversas partes interessadas. As 10 dimensões conceituais de ROSES se relacionam com características do indivíduo e dos sistemas organizacionais, de saúde e previdência (Corbière et al., 2017). Dentre os fatores que facilitam ou dificultam o RT de trabalhadores em licença médica, a Previdência Social é verificada por meio da variável ‘relação difícil com a previdência social’ – RDps e foi relatada por trabalhadores que recebiam benefício previdenciário, nas versões TMC e LME, comparados aos que não recebiam o benefício.

Identificou-se, ainda, diferenças significativas entre trabalhadores com tempo de afastamento de até 2 semanas com todos os outros grupos (2 a 4 semanas; 4 a 8 semanas; 8 a 12 semanas; 12+), indicando que quanto menor o período afastado, menores níveis de RDps para ambas as versões de ROSES. Deste modo, trabalhadores ausentes do trabalho há no máximo 2 semanas, possivelmente não beneficiários, não apresentaram níveis significativos de RDps, enquanto trabalhadores afastados há mais tempo, relataram maiores níveis de RDps.

No Brasil, a legislação sobre a previdência social determina que o empregador mantenha o pagamento integral do salário ao trabalhador ausente por doença comprovada

pelo período de até 15 dias. Somente a partir desse período cabe à previdência social o papel de auxiliar financeiramente trabalhadores contribuintes que necessitam se afastar do trabalho, de forma temporária ou permanente (Brasil, 1991). Ressalta-se, contudo, que os países possuem suas próprias legislações; na Holanda, por exemplo, a concessão de benefício por incapacidade para o trabalho ocorre somente a partir do 21º dia (Silva-Junior, 2017).

Outra particularidade, também relacionada à dimensão de ROSES RDps, refere-se ao regime de previdência social. Enquanto na Itália a previdência social é essencialmente pública (Gragnano et al., 2022), no Brasil há dois regimes de previdência social: o geral (Regime Geral de Previdência Social, RGPS), destinado a trabalhadores de empresas privadas ou regulamentados pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e o próprio (Regime Próprio de Previdência Social, RPPS), voltado a trabalhadores efetivos de empresas públicas, ou seja, servidores públicos (Brasil, 1991; 1998). Nesta pesquisa, na versão TMC, trabalhadores que possuíam regime de trabalho CLT apresentaram maiores níveis de RDps que servidores públicos. Já em LME, trabalhadores com tempo de trabalho com o empregador entre 11 e 15 anos tiveram maiores níveis de RDps comparados aos trabalhadores com 6 a 10 anos e mais de 15 anos.

O relacionamento com a previdência social parece ser um obstáculo de RT para os trabalhadores desta pesquisa. Embora seja difícil comparar realidades de diferentes países, devido à adoção de legislações específicas, sua relevância é reconhecida pela literatura de RT (Corbière et al., 2017; Gragnano et al., 2022), bem como a de incapacidade para o trabalho (Loisel & Anema, 2013). Orientações nestes dois campos de pesquisa sugerem um modelo de avaliação pericial que leve em conta dimensões biopsicossociais do trabalhador e de seu processo de retorno ao trabalho.

Características da organização e do trabalho também são fatores que desempenham um papel importante no RT. A percepção de características positivas da organização aumenta a probabilidade de RT, ou seja, elementos da organização (políticas internas, cultura organizacional etc.) que antecipam um acolhimento positivo do trabalhador levarão a expectativas positivas do processo, fortemente associadas ao RT bem-sucedido (D'Amato, & Zijlstra, 2010; Corbière et al., 2017). Sobre o processo de RT, a interação do trabalhador e a política organizacional da empresa emergiram como importantes facilitadores na acolhida após o afastamento. A realização de um exame médico ocupacional, as modificações nas condições de trabalho e o apoio dos colegas foram elementos que contribuíram para um retorno mais eficaz (Silva-Junior, 2016).

Na presente pesquisa, a dimensão conceitual de ROSES SIO se associou ao tipo de vínculo trabalhista, que corresponde ao regime de trabalho com o empregador, celetista ou servidor público. Trabalhadores celetistas (CLT) apresentaram níveis maiores de SIO para ambas as versões, TMC e LME. Essa dimensão não havia sido abordada no contexto de RT de indivíduos com TMC ou LME antes de ROSES (Corbière et al., 2017). Além de SIO, para a variável DT, trabalhadores que possuíam regime de trabalho CLT também relataram mais níveis de DT, comparados ao grupo de servidores públicos, para TMC e LME.

A dimensão de ROSES DT foi utilizada em outros questionários que avaliam o RT. Nieuwenhuijsen et al. (2006) utilizaram com população de TMC, por meio de um único item (“Tenho que trabalhar muito”); Lagerveld et al. (2010) incluíram dois itens (“Serei capaz de lidar com situações emocionalmente exigentes” e “Consigo lidar com as exigências físicas do meu trabalho”), enquanto Vlasveld et al. (2012) incluíram cinco itens na dimensão demandas psicológicas (por ex. “Meu trabalho exige que eu trabalhe rápido”). Com relação às LME, Marhold et al. (2002) utilizaram a dimensão carga de trabalho física e nocividade, composta por oito itens, como “Tenho muito o que fazer no meu trabalho” ou “Um dia no meu trabalho contém muitas tarefas pesadas de trabalho”. Por fim, Shaw et al. (2011) incluíram demandas de trabalho como uma das três dimensões, relacionadas à qualidade, quantidade e velocidade de trabalho. Trata-se, portanto, de uma variável importante, analisada de modo específico nos estudos (demandas físicas, cognitivas ou psicológicas) a depender do diagnóstico; em ROSES não é especificada.

Em investigações com foco em analisar as características do trabalho com impacto no RT, fatores modificáveis e não modificáveis que dificultam este processo para trabalhadores com TMC foram investigados. No grupo de fatores modificáveis, estariam os estressores de trabalho (Cornelius et al., 2011). Mudanças na organização das atividades e adequação das tarefas do trabalhador são necessárias no processo de RT; modificações no conteúdo e contexto do trabalho influenciaram na efetividade do processo de reinserção laboral de trabalhadores com transtornos mentais (Silva-Junior, 2016).

A autoeficácia para possíveis adaptações das tarefas de trabalho, bem como a obtenção de acomodações necessárias, também foram avaliadas no RT de trabalhadores com dor física relacionada ao trabalho (Shaw et al., 2011). Segundo estudo de Corbière et al. (2017), para a dimensão DT, a percepção de obstáculos prevê o RT para trabalhadores com LME, enquanto a percepção de autoeficácia foi significativa para trabalhadores com TMC. Uma possível explicação, segundo os autores, é que para pessoas com LME as demandas de trabalho podem ser revisadas no local de trabalho (por exemplo, reduzir a carga de trabalho) com a orientação

do médico, mas para trabalhadores com TMC a acomodação no trabalho pode ser mais difícil, já que as demandas do trabalho são mais complexas de avaliar e as restrições médicas também podem ser menos explícitas. Assim, pessoas com TMC podem sentir que a sua autoeficácia (quanto ao uso de estratégias) é mais importante ao negociar adaptações no local de trabalho com o empregador.

Há outros elementos no local de trabalho - superior imediato e colegas, que interferem de modo direto no RT. Crenças de autoeficácia sobre a obtenção de ajuda de colegas de trabalho e superior imediato são preditoras importantes de RT (Brouwer et al., 2015). O bom relacionamento com o supervisor imediato previu o RT de trabalhadores após LME (Boot et al., 2014) e TMC (Huijs et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2013), sendo importante, desse modo, estimular o bom relacionamento entre os diversos níveis hierárquicos na organização.

A relação com o supervisor imediato foi avaliada por meio da dimensão de ROSES Rdc<sub>i</sub>; trabalhadores em regime CLT apresentaram maiores níveis de Rdc<sub>i</sub> quando comparados aos servidores públicos, assim como entre trabalhadores com menos tempo de trabalho na organização. Ou seja, ter menos tempo de vínculo com o empregador e atuar em organizações privadas revelou níveis maiores de Rdc<sub>i</sub> entre trabalhadores com TMC. Por outro lado, para a versão LME, houve diferenças na interação entre tipo de vínculo e tempo de trabalho; servidores públicos com tempo de trabalho de 2 a 5 anos e trabalhadores em regime CLT com tempo de trabalho de até 1 ano apresentaram maiores níveis de Rdc<sub>i</sub> comparados aos servidores públicos que possuíam tempo de trabalho entre 6 e 10 anos.

Em instrumentos para mensuração da autoeficácia para o RT, dimensões como comunicar necessidades aos supervisores e colegas de trabalho (Shaw et al., 2011) e crenças de apoio social no trabalho (Black et al., 2016) já foram investigadas. Na medida de Brouwer et al. (2011), por exemplo, dos três domínios (lidando com a dor; obter ajuda do supervisor; obter ajuda de colegas), dois se referem a supervisores e colegas, sendo apropriada para avaliação da autoeficácia para o RT de trabalhadores afastados por LME. Para a dimensão de ROSES Rdc, a única associação encontrada neste estudo foi para trabalhadores que recebiam benefício previdenciário, os quais apresentaram menores níveis de Rdc para TMC e LME, quando comparados aos que não recebiam o benefício.

O equilíbrio vida/trabalho não havia sido investigado no contexto de RT após TMC ou LME e ainda é pouco estudado como preditor de RT, de modo geral (Gragnano et al., 2022; Corbière et al., 2017). Na dimensão de ROSES DEvt, que se refere às demandas conflitantes entre trabalho e vida pessoal, trabalhadores que recebiam benefício previdenciário apresentaram maiores níveis, bem como trabalhadores celetistas comparados aos servidores

públicos, para as duas versões de ROSES. Por outro lado, para a versão LME, níveis menores de DEvt foram identificados entre os trabalhadores que não sustentam suas famílias, quando comparados a trabalhadores que sustentam total ou parcialmente o grupo familiar.

A motivação para retornar ao trabalho, por sua vez, tem sido amplamente operacionalizada na literatura de RT (Corbière et al., 2017). A autoeficácia tem um papel importante sobre a motivação, podendo influenciar a pessoa a aumentar, diminuir ou manter a motivação. Por outro lado, quando as pessoas não acreditam que suas ações produzirão resultados desejados, dificilmente se motivam para agir ou perseveram diante de obstáculos (Molero et al., 2018). No contexto do RT, crenças de autoeficácia levam o indivíduo a uma maior motivação para retomar o seu papel profissional. Neste estudo não houve associações significativas para a dimensão de ROSES PMrt.

Medo de recaída, dificuldades cognitivas e relacionadas à medicação são dimensões de ROSES que estão relacionadas às consequências da doença. ROSES é o primeiro estudo que aborda a dimensão conceitual DrM no contexto de RT de indivíduos com TMC ou LME (Corbière et al., 2017). Em ambas as versões de ROSES, DrM esteve relacionada a um menor período de afastamento das atividades laborais. Em TMC trabalhadores afastados do trabalho entre 4 e 8 semanas e até 2 semanas apresentaram DrM menores, quando comparados a trabalhadores afastados há mais de 12 semanas. Para a versão LME, trabalhadores afastados até 2 semanas apresentaram menores níveis de DrM quando comparados a trabalhadores com tempo de afastamento de 2 a 4 semanas, de 8 a 12 semanas e com mais de 12 semanas. Desse modo, pessoas afastadas por um período menor apresentaram menores níveis de DrM quando comparadas às pessoas que estavam afastadas por período mais prolongado.

A literatura também destaca associações importantes entre o período de ausência e o tempo para o RT. Isso significa que, em um período de ausência maior, há uma sobreposição de fatores que dificultam o RT (Loisel & Anema, 2013; Vooijs et al., 2015). Do mesmo modo, em estudo com trabalhadores brasileiros, quanto mais longo o afastamento, maior é a dificuldade para o trabalhador planejar seu futuro, o que pode levar à perda de sua identidade vinculada ao trabalho (Toldrá et al., 2010).

Por fim, DrM foi relatada por trabalhadores que recebiam benefício para TMC, bem como indivíduos com lesão na cervical apresentaram maiores níveis de DrM comparados aos que eram diagnosticados com lesão no nervo ciático, em LME.

A dimensão da escala ROSES ‘dificuldade cognitiva’, a qual também está relacionada a patologia, foi evidenciada apenas no grupo de indivíduos com diagnóstico de LME nesta pesquisa. De acordo com nossos resultados, trabalhadores com lesões nos membros inferiores

apresentaram níveis menores de DC que trabalhadores com lesões na cervical e membros superiores; e trabalhadores com tempo de trabalho de até um ano apresentaram menores níveis de DC, quando comparados àqueles cujos tempos de trabalho eram de 2 a 5 anos e mais de 15 anos.

A dimensão de ROSES MR apresentou diferenças significativas entre os grupos de trabalhadores com diagnósticos de transtornos mentais, no qual trabalhadores com Síndrome do Pânico apresentaram níveis mais elevados de MR, quando comparados aos trabalhadores que apresentavam outros diagnósticos de transtornos psicológicos, como depressão, ansiedade, estresse. Na versão LME, por outro lado, trabalhadores com lesão na parte superior do corpo e artrite apresentaram maiores níveis de MR comparados aos que apresentavam lesão na parte inferior do corpo. Quando a dimensão de ROSES é mais externa ao indivíduo (por exemplo, relacionamento difícil com o superior imediato), a percepção de obstáculos (Parte A do questionário) é mais significativa para o RT, enquanto a autoeficácia (Parte B) se aplica quando a dimensão é mais interna, como medo de uma recaída, por exemplo (Corbière, et al., 2017), por isso a importância de considerar ambos os conceitos conforme a natureza da dimensão.

Finalmente, nesta pesquisa não foram constatadas diferenças entre os grupos de trabalhadores com TMC ou LME, corroborando o que foi apresentado em estudos de revisões sistemáticas sobre o RT de trabalhadores. Vooijs et al. (2015) analisaram indivíduos em licença médica com LME ou doenças cardiovasculares e a revisão de Ebrahim et al. (2015) incluiu indivíduos com TMC, LME, câncer ou doença cardiovascular; ambos não identificaram diferenças entre as populações analisadas.

Resultados que generalizam as condições de saúde viabilizam o desenvolvimento de um conceito abrangente do processo de RT. Conforme Gagnano et al. (2018), uma conceituação que cruza os limites de doenças específicas promove uma visão teórica e facilita a gestão de RT para as partes interessadas, para além da reabilitação profissional, como formuladores de políticas públicas governamentais, serviços de previdência social, sindicatos e gestores.

Analisando algumas das associações que mais se acentuaram, o grupo tipo de vínculo (CLT ou servidor público) se destacou dentre todos os grupos considerados neste estudo, demonstrando ser uma importante variável de RT em nosso contexto de estudo. Para TMC e LME, o tipo de vínculo se associou às dimensões de ROSES DT, SIO, Rdcí e RDps. Em ambos os casos, são variáveis contextuais que destacam a importância de se discutir a respeito das políticas organizacionais praticadas.

Trabalhadores autônomos e profissionais liberais foram excluídos do estudo porque o conteúdo de alguns itens do instrumento é adequado apenas para situações de trabalho formal. Além disso, até onde se sabe, modalidades de contrato formal (CLT e servidor público) não haviam sido incluídas em estudos sobre o RT de trabalhadores com TMC ou LME, mas informações relacionadas ao trabalho, como empresa pública ou privada e estabilidade no emprego, já foram consideradas na literatura internacional (Gragnano et al., 2022). Por outro lado, o tipo de relação com a empresa/vínculo (contratado, terceirizado ou concursado) foi estudado em um grupo de trabalhadores com transtornos mentais brasileiros e não teve efeito sobre o RT (Silva-Junior et al., 2016).

A dimensão de ROSES RDps, por sua vez, esteve relacionada às variáveis ‘benefício previdenciário’, ‘tipo de vínculo’ e ‘período afastado’, conforme foi apresentado no início desta seção, evidenciando a necessidade de se promover discussões a respeito desse tema em nosso contexto de estudo.

Para contribuir com tais discussões, a teoria da autoeficácia oferece muitas oportunidades para subsidiar o desenvolvimento de ações para melhorar o RT de trabalhadores. Para as organizações, após a alta médica, por exemplo, o retorno do empregado à empresa pode ocorrer de forma gradual e com a participação em programas para prepará-lo para o RT, levando em consideração fatores psicossociais. Ao analisarem intervenções de reabilitação para o RT, Hegewald et al. (2019) concluíram que os programas de reabilitação que utilizam estratégias combinadas de aconselhamento psicológico e físico afetaram positivamente o RT e recomendam que, nas intervenções, sejam incluídos os fatores relacionados ao trabalho.

## 7.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há como estudar o retorno ao trabalho após a licença médica sem considerar fatores biológicos (a saúde do trabalhador), psicológicos e contextuais (políticas da organização, previdência social, renda etc.), os quais são influentes no retorno ao trabalho. Compreender fatores psicossociais, bem como os recursos para enfrentamento de possíveis obstáculos percebidos pelo trabalhador, pode contribuir com a atuação profissional e com a produção do conhecimento nas áreas de saúde, psicologia, trabalho e organizações. Paralelamente, é fundamental a utilização de escalas específicas e adequadas ao contexto e à população-alvo, que garantem a qualidade das avaliações realizadas.

Esta pesquisa se propôs a verificar a relação entre as dimensões da ROSES-BR para as versões TMC e LME com algumas variáveis de perfil do trabalhador. Verificou-se na literatura científica a escassez de investigações que abrangem nosso escopo de investigação. Apesar da limitação de instrumentos de avaliação desenvolvidos especificamente para a autoeficácia para o RT, sobretudo no Brasil, foi possível alcançar o objetivo do estudo, demonstrando a importância de avaliar não somente construtos que se refiram às habilidades psicológicas do trabalhador, mas também aos fatores contextuais subjacentes ao processo de RT de trabalhadores.

Como o RT está inserido em um contexto amplo no qual as partes interessadas têm influência, pode-se esperar que uma variedade de outros fatores contextuais possam desempenhar um papel na previsão do RT que não foram incluídos neste estudo. Além disso, com exceção do diagnóstico do trabalhador, não consideramos neste estudo outros fatores pessoais. Diante disso, sugere-se que outros estudos considerando outras variáveis relacionadas ao trabalho e variáveis pessoais (idade e nível de escolaridade, por exemplo), as quais são evidenciadas na literatura internacional com impacto no RT, a fim de conferir a magnitude desses eventos em nosso contexto de estudo e complementar os resultados desta pesquisa.

## 7.6 REFERÊNCIAS

- Anderson, M.J. (2001). A new method for non-parametric multivariate analysis of variance. *Austral Ecology*, 26, 32–46.
- Arbizu, P.M. (2020). *pairwiseAdonis: Pairwise multilevel comparison using adonis*. R package version 0.4, 1.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Black, O., Sim, M.R., Collie, A., & Smith, P. (2016). A return-to-work self-efficacy scale for workers with psychological or musculoskeletal work-related injuries. *Quality & Quantity*, 51, 413-424. DOI:10.1007/s11135-016-0312-7
- Black, O., Sim, M.R., Collie, A., & Smith, P. (2017) Early-claim modifiable factors associated with return-to-work self-efficacy among workers injured at work: are there differences between psychological and musculoskeletal injuries? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 59, e257–e262.
- Boot, C.R., Hogg-Johnson, S., Bültmann, U., Amick, B.C.III, & van der Beek, A.J. (2014). Differences in predictors for return to work following musculoskeletal injury between

workers with and without somatic comorbidities. *Int Arch Occup Environ Health*, 87(8), 871–9.

- 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.
- Brouwer, S., Amick, B.C.III, 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. *J Occup Rehabil*, 25(4), 1–8.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9661-2>
- Cornelius, L.R., Van der Klink, J.J.L., Groothoff, J.W., & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long-term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 259-274. DOI 10.1007/s10926-010-9261-5
- Cozby, P.C. (2009) *Métodos em Pesquisa Comportamental* (10a ed.) McGraw Hill.
- Creswell, J.W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3a ed). Artmed.
- Domenico, V.G.C., & Cassetari, L. (2009). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia*. Edicon.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *J Occup Rehabil*, 28(2), 215–231.
- Gragnano, A., Corbière, M., Picco, E., Negrini, A., Savioli, G., Conti, M., Corsiglia, L. & Miglioretti, M. (2022). Adaptation and validation of the cardiovascular version of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES-CVD) to the Italian context. *Disability and Rehabilitation*, 1-9.
- Hegewald, J., Wegewitz, U.E., Euler, U., van Dijk, J.L., Adams, J., Fishta, A., Heinrich, P., & Seidler, A. (2019). Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD010748. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010748.pub2>
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K.H. (2005). Long term sickness absence. *Bmj*, 330(7495), 802-803.

- Huijs, J.J., Koppes, L.L., Taris, T.W., & Blonk, R.W. (2012). Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 301-311. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9351-z>
- 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. <https://doi.org/10.1080/02678373.2010.532644>
- Lei 8.213 de 24/07/1991 – Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. <http://www.planalto.gov.br>.
- Lei 9.717 de 27 de novembro de 1998. Dispõe sobre regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e dá outras providências. <http://www.planalto.gov.br>.
- Loisel, P., & Anema, J. (2013). *Handbook of work disability: prevention and management*. Springer.
- Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S., & Reme, S.E. (2014). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ open*, 4(3). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004321>
- Marhold, C., Linton, S.J., Melin, L. (2002). Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. *J Occup Rehabil*, 12(2), 65-75.
- Molero, M.d.M., Pérez-Fuentes, M.d.C., & Gázquez, J.J. (2018). Analysis of the mediating role of self-efficacy and self-esteem on the effect of workload on burnout's influence on nurses' plans to work longer. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 2605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02605>
- Muller, J.M., Silva, N., Pesca, A.D. (no prelo). Revisão integrativa da literatura sobre Autoeficácia ocupacional. *Psicología Desde el Caribe*.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H., de Boer, A.G., Blonk, R.W., & van Dijk, F.J. (2006). Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health*, 32(1):67–74
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9389-6>
- Oksanen, J., Blanchet, F.G., Kindt, R., Legendre, P., Minchin, P.R., O'hara, R.B., Simpson, G.L., Solymos, P., Stevens, M.H.H., & Wagner, H. (2013). Package 'vegan'. *Community ecology package, version*, 2(9), 1-295.

- R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.
- Richardson, R.J. (2017). *Pesquisa social: Métodos e técnicas* (4a ed.). Atlas.
- 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*, 109-119. Recuperado em 14 de julho de 2020, de [www.jstor.org/stable/41151531](http://www.jstor.org/stable/41151531)
- Silva-Junior, J.S. (2016). *Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal* (Tese de doutorado). <https://doi.org/10.11606/T.6.2017.tde-17042017-093730>
- 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 Saúde Pública*, 51, 8. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006778>
- Toldrá, R.C., Daldon, M.T.B., Santos, M.D.C.D., & Lancman, S. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35, 10-22.
- Vergara, S.C. (2015). *Métodos de Pesquisa em Administração* (6a ed.). Atlas.
- Vlasveld, M.C., Van der Feltz-Cornelis, C.M., Bültmann, U., Beekman, A.T.F., van Mechelen, W., Hoedeman, R., & Anema, J.R. (2012). Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: a prospective cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 118-126. DOI 10.1007/s10926-011-9326-0
- Vooijs, M., Leensen, M.C., Hoving, J.L., Daams, J.G., Wind, H., & Frings-Dresen, M.H. (2015). Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *International archives of occupational and environmental health*, 88(8), 1015-1029. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1025-2>
- Zawieja, P., Guarnieri, F., Alaluf, M., Albert, E., Althaus, V., Amoura, C., et al. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux* (Dictionary of psychosocial risks). Seuil.

## 8 DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo geral adaptar e validar *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES) de Corbière et al. (2017) para o contexto brasileiro. Para alcançar este objetivo e responder à pergunta de pesquisa “Quais as evidências de validade e confiabilidade de uma Escala de Obstáculos e Autoeficácia para o Retorno ao Trabalho para trabalhadores brasileiros - ROSES Brasil?”, foram desenvolvidos três estudos.

O primeiro contou com uma revisão integrativa da literatura, na qual foi possível se debruçar sobre o conhecimento científico acerca da autoeficácia no âmbito do retorno ao trabalho. O segundo estudo tratou da adaptação e evidências de validade de um instrumento para mensuração da autoeficácia para o retorno ao trabalho para o contexto brasileiro. Por último, foi desenvolvido um estudo que mostrou associações entre os fatores da escala adaptada no estudo anterior e as variáveis de perfil do trabalhador, obtidas na amostra de trabalhadores brasileiros.

Os resultados de cada estudo foram detalhados nos seus respectivos capítulos. Neste capítulo serão mostrados os resultados mais relevantes para o aprimoramento do construto da autoeficácia para o retorno ao trabalho e sua aplicabilidade, expondo-se também a relação entre os três estudos. Além disso, no próximo capítulo (capítulo 9) serão expostas as limitações encontradas, indicações para futuras pesquisas a partir das descobertas, envolvendo o construto da autoeficácia para o retorno ao trabalho, e observações finais, referentes às conclusões da tese de doutorado.

O Estudo 1, exposto no capítulo 5, consistiu na elaboração de uma revisão integrativa intitulada “Autoeficácia para o Retorno ao Trabalho: Revisão Integrativa da Literatura”, na qual se examinaram 16 estudos recuperados por meio de uma busca sistematizada (a qual se encontra em detalhes no estudo), além de estudos incluídos manualmente na revisão, conforme foram identificados do decorrer do processo. O procedimento utilizado permitiu ter uma visão ampla do que já foi publicado sobre o tema e os materiais serviram de base tanto para o estudo em questão, quanto aos demais estudos desta tese de doutorado.

Este levantamento da produção científica, que abrangeu todo período de publicações, possibilitou:

- Mapear o conceito da autoeficácia inserido no âmbito do retorno ao trabalho e identificar elementos que influenciam no processo de retorno ao trabalho;
- Identificar modelos de mensuração do construto da autoeficácia para o retorno ao trabalho; e

- Mostrar possibilidades para propostas de intervenção da autoeficácia para o retorno ao trabalho.

Por meio deste estudo de revisão integrativa, constatou-se que o processo de retorno ao trabalho após a licença médica envolve fatores biológicos (a saúde do trabalhador), psicológicos e contextuais (políticas da organização, previdência social, renda etc.), os quais exercem influência no retorno ao trabalho. Deste modo, uma abordagem biopsicossocial é recomendada pela literatura especializada, tanto para conduzir estudos como intervenções voltadas à reabilitação de trabalhadores.

Portanto, por meio da literatura consultada, foi possível reconhecer associações importantes das variáveis no processo de RT, como as políticas organizacionais internas, relacionamento com os supervisores e pares, aspectos pessoais e sociais, que são variáveis que afetam as expectativas de RT do trabalhador e suas crenças de autoeficácia. Nesse sentido, a pesquisa mostrou que é bastante válido que as ações neste campo considerem a integração desses diferentes elementos que compõem o processo de RT, pois essa aproximação trará melhores resultados e proporcionará a manutenção do RT no campo prático.

Do mesmo modo, destacou-se a importância do construto da autoeficácia no processo de retorno ao trabalho de trabalhadores ausentes. A autoeficácia é estudada como um recurso psicológico importante capaz de influenciar a decisão do trabalhador para o seu RT, de modo que pessoas com crenças de autoeficácia positivas apresentam melhores taxas de sucesso no seu RT. Autoeficácia são crenças pessoais acerca das próprias capacidades em realizar determinadas tarefas (Bandura, 1977). A partir desse conceito, Lagerveld et al. (2010) definem a autoeficácia para o retorno ao trabalho como a crença dos trabalhadores na sua capacidade de se comportar das formas necessárias para retomar suas atividades laborais. Este conceito é fruto do primeiro estudo de investigação do construto, no qual foi desenvolvido também um modelo de medida específica para avaliação da autoeficácia para o RT.

Além da medida proposta pelos autores (Lagerveld et al., 2010), outros instrumentos foram identificados por meio da revisão integrativa. Como a autoeficácia no âmbito do RT se trata de um conhecimento recente, são poucos os instrumentos disponíveis para avaliar o construto. Foram identificados cinco questionários desenvolvidos com este enfoque, alguns deles com estudos para validação em outras culturas. Esse cenário levou ao desenvolvimento do segundo estudo que compôs esta tese, que será exposto adiante.

A respeito das intervenções para desenvolver a autoeficácia para o RT, conforme o último aspecto destacado, como se trata de uma característica psicológica modificável, é possível melhorar a autoeficácia de uma pessoa por meio de estratégias no âmbito clínico,

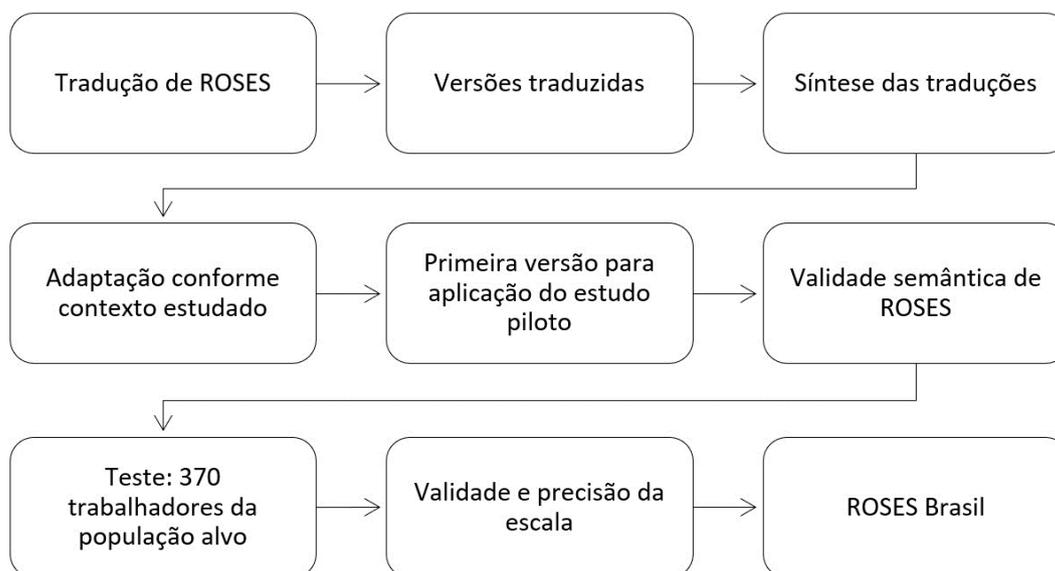
segundo as fontes de autoeficácia propostas por Bandura (experiências vicárias e passadas, persuasão verbal e estados fisiológicos e emocionais) (Bandura, 1997b). Tais intervenções podem ser conduzidas por profissionais ou instituições ligadas à reabilitação de trabalhadores.

Conforme exposto, identificou-se uma lacuna de pesquisa de natureza empírica que se refere aos instrumentos de mensuração da autoeficácia para o retorno ao trabalho. Além disso, a maioria das escalas disponíveis são apropriadas para avaliar o construto em uma população específica de trabalhadores ausentes do trabalho, com transtornos mentais ou doenças físicas, por exemplo. Contudo, estudos sobre o RT recomendam que sejam levados em conta fatores comuns envolvidos no processo de RT, ao invés de se considerar a patologia que resultou no afastamento do trabalhador, adicionalmente a recomendação de se olhar para fatores físicos, psicológicos e contextuais do processo de RT.

Verificou-se na literatura a existência de um modelo de investigação da autoeficácia para o RT desenvolvido no Canadá por Corbière et al. (2017), que consiste em avaliar fatores biopsicossociais no processo de RT de trabalhadores com transtornos mentais comuns e lesões musculoesqueléticas, sendo o primeiro questionário com tais características. Este modelo foi testado no Estudo 2, apresentado no capítulo 6 “Adaptação e Evidências de Validade e Confiabilidade de uma Escala de Obstáculos e Autoeficácia para o Retorno ao Trabalho para trabalhadores brasileiros – ROSES Brasil”, e emergiu, portanto, a partir das descobertas do Estudo 1.

O Estudo 2 teve como objetivo realizar a adaptação da escala *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES), desenvolvida no Canadá por Corbière et al. (2017), para o idioma português corrente no Brasil e investigar evidências de validade e confiabilidade do instrumento adaptado. Para alcançar este objetivo, o estudo foi dividido em duas etapas: (a) a adaptação de ROSES, bem como a validade semântica por meio de estudo piloto com a população alvo, e (b) a avaliação da estrutura interna e confiabilidade de ROSES BR com uma amostra de 370 trabalhadores brasileiros ausentes do trabalho por TMC (n= 158) e LME (n=212). Para melhor compreensão, apresentam-se na Figura 5 as atividades realizadas nestas duas etapas. Ressalta-se que os procedimentos realizados foram descritos no referido estudo detalhadamente.

Figura 5 - Fluxograma das etapas de tradução e obtenção de evidências de validade de ROSES-BR



A escala ROSES desenvolvida por Corbière et al. (2017) possui 46 itens distribuídos em 10 dimensões conceituais. Após os procedimentos para a adaptação e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento ROSES, sintetizados na Figura 5, obteve-se uma versão reduzida com 38 itens que alcançou evidências de validade baseadas na estrutura interna satisfatórias, ainda que a estrutura fatorial tenha alcançado resultados limítrofes, seis itens foram suprimidos do modelo original por não se ajustarem de maneira adequada em nosso contexto de estudo. Entretanto, é importante a realização de outros estudos para confirmar esses resultados, antes de rejeitar a estrutura original do instrumento ROSES. De todo modo, a escala conta com uma versão adaptada no Brasil (ROSES Brasil) para uso por pesquisadores e profissionais para triagem clínica de pacientes/clientes/usuários.

O modelo testado propõe a avaliação da autoeficácia a partir de aspectos biopsicossociais do trabalhador, conforme é destacado na literatura da área, trazida no Estudo 1. Pressupõe-se que o fator psicológico (autoeficácia) é um dos determinantes do processo de RT, junto aos demais elementos envolvidos. Por essa razão, é fundamental a utilização de instrumentos para mensuração do construto que não despreze esses outros elementos. Além disso, sabe-se que uma avaliação cuidadosa de fenômenos psicológicos, como a autoeficácia, depende de instrumentos adequados do ponto de vista científico. Nesse sentido, a utilização de escalas proporciona essa segurança na avaliação de um construto, para serem feitas abordagens específicas. Outro ponto importante, conforme identificado na literatura sobre a

autoeficácia, é que este fenômeno é melhor avaliado em contextos específicos (saúde, esportes, trabalho, retorno ao trabalho). Nesse sentido, é imprescindível a utilização de medidas específicas para resultados mais consistentes.

Com uma ferramenta adaptada no Brasil, o Estudo 3, apresentado no capítulo 7, “Autoeficácia para o retorno ao trabalho: uma caracterização multigrupal”, propôs, por meio de um estudo empírico, investigar associações entre as variáveis de perfil de trabalhadores brasileiros e as variáveis latentes da escala ROSES BR para as versões TMC e LME, que foi estudada no Brasil pela pesquisadora por meio desta tese de doutorado. O escopo de investigação do Estudo 3 também se deu a partir das descobertas do Estudo 1, o qual apontou variáveis preditoras no RT de trabalhadores, destacadas na literatura internacional. Para este estudo de natureza correlacional, as variáveis de perfil do trabalhador foram obtidas na mesma coleta de dados realizada no Estudo 2, por meio do questionário sociodemográfico, pertinentes para as correlações com o instrumento, com base no referencial teórico do Estudo 1.

Dessa forma, consideramos as variáveis latentes, i.e., dimensões da escala ROSES – BR: a) medo de recaída; b) dificuldade cognitiva; c) dificuldade relacionada à medicação; d) demandas de trabalho; e) sentimento de injustiça organizacional; f) relação difícil com o chefe imediato; g) relação difícil com colegas; h) relação difícil com a previdência social; i) difícil equilíbrio entre vida pessoal e trabalho; j) perda da motivação para retornar ao trabalho. Para as variáveis independentes: a) Sustento familiar; b) Tipo de vínculo; c) Tempo de trabalho; d) Período afastado; e) Benefício previdenciário; e f) Diagnóstico psicológico ou dor física. Os resultados foram analisados sob o aspecto teórico e evidências empíricas de pesquisas já realizadas. Também foi possível reconhecer elementos que influenciam de forma negativa o RT de trabalhadores brasileiros, o que pode ser interessante para direcionar ações no campo prático.

O Estudo 3 apontou algumas direções no que diz respeito às possibilidades para intervenções neste meio, as quais podem ser subsidiadas pela teoria da autoeficácia, construto central desta tese de doutorado. Exemplos podem ser citados nos três níveis de análise e intervenção: psicólogos podem direcionar suas intervenções clínicas para melhorar o RT de trabalhadores com base nas fontes de autoeficácia geral; para as organizações, após a alta médica do trabalhador, o seu retorno à empresa ocorrer gradualmente e com a participação em treinamentos para prepará-lo para o seu RT, além de se observar aspectos da política interna da empresa; no nível social, a partir de macropolíticas voltadas ao RT de trabalhadores, condizentes com a teoria da autoeficácia, conforme os resultados expostos no referido estudo.

Em síntese, a Tabela 12 evidencia as descobertas e correlações entre os três estudos desenvolvidos.

Tabela 12 - Descobertas e correlações entre os estudos 1, 2 e 3 da tese de doutorado

Estudo	Abordagem	População	Mensuração	Contribuições científicas e sociais
1	Biopsicossocial	Trabalhadores ausentes como única população	Escassez de instrumentos para mensuração do construto	Intervenções com base na teoria da autoeficácia geral
2	Biopsicossocial	Trabalhadores com TMC ou LME	Modelo de instrumento testado no Brasil	Com um instrumento é possível mesurar o construto e planejar intervenções
3	Biopsicossocial	Trabalhadores com TMC ou LME	Instrumento adaptada para o contexto brasileiro para pesquisas e triagem de pacientes/usuários	Resultados direcionam intervenções no ambiente clínico e de trabalho, além de promover reflexões a nível social

Com base nos resultados dos Estudos 1, 2 e 3, destacam-se pontos de convergência entre eles. O primeiro, a respeito da influência de elementos pessoais e contextuais no processo de RT, observada no estudo de natureza teórica (Estudo 1), sendo necessária uma abordagem biopsicossocial, a qual foi adotada nos estudos subsequentes. Além disso, o segundo aspecto, as evidências de se considerar os trabalhadores ausentes do trabalho como uma única população, independente da causa do afastamento (patologia), aspecto que motivou a pesquisadora na escolha do instrumento testado no Estudo 2 e que serviu de base para o Estudo 3. Confirmaram-se evidências de outros estudos: a amostra de trabalhadores brasileiros com TMC ou LME não apresentou diferenças entre os dois grupos para as pontuações das dimensões da escala.

O próximo ponto é sobre a escassez de instrumentos para mensuração do construto autoeficácia para o RT, sobretudo no cenário científico no Brasil, no qual se identificou o estudo de um instrumento para avaliar a autoeficácia para o trabalho após afastamento do trabalho por transtornos mentais (“Expectativas sobre o trabalho”, Silva-Junior, 2016). Essa lacuna de pesquisa levou ao desenvolvimento do estudo de doutorado. Por fim, concluem-se as informações da Tabela 12, destacando-se as intervenções para melhorar a autoeficácia para o RT, com base nas fontes de autoeficácia geral. Esse aspecto foi levantado no Estudo 1, que

apresentou evidências empíricas de modelos testados em outros países. É possível, também, adotar estratégias semelhantes observando nosso contexto de estudo, as quais se fundamentam no conhecimento da autoeficácia geral.

De modo geral, o estudo de doutorado parece ser interessante para fins de intervenção e de pesquisa. É possível que profissionais ligados à reabilitação de trabalhadores para o RT sejam frequentemente desafiados a lidar com pessoas desmotivadas para o seu RT. Outra contribuição relevante, especialmente para profissionais no campo da reabilitação, é que possivelmente as habilidades sejam aprendidas pelos trabalhadores em um ambiente clínico e muitas vezes os trabalhadores não obtêm êxito ao usar tais habilidades no ambiente de trabalho porque não atendem às suas reais necessidades. Nesse sentido, uma melhor compreensão das expectativas de RT pode mostrar possibilidades para gerenciar esses problemas ou aperfeiçoar a conduta clínica, permitindo uma correspondência mais precisa do suporte às necessidades de assistência.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese de doutorado teve como objetivo principal adaptar e validar *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES) de Corbière et al. (2017) para o contexto brasileiro. Para isso, apresentaram-se os seguintes objetivos específicos: a) analisar publicações científicas acerca do construto autoeficácia para o retorno ao trabalho; b) realizar adaptação e investigar evidências de validade semântica da escala *Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale* (ROSES); c) investigar evidências de validade da estrutura interna e confiabilidade da escala ROSES Brasil; e d) verificar associações entre as variáveis de perfil do trabalhador e a escala ROSES Brasil.

Os objetivos, em sua totalidade, não foram alcançados. Conforme os resultados do estudo referente às evidências de validade da escala ROSES para o contexto brasileiro, as análises estatísticas para validade da estrutura interna e confiabilidade de ROSES Brasil não atestaram a qualidade da estrutura fatorial do instrumento, sendo necessária a retirada de itens. Contudo, embora os resultados tenham melhorado, gerou-se uma estrutura vulnerável do ponto de vista psicométrico, por restarem apenas dois itens nos fatores “dificuldade relacionada à medicação” e “sentimento de injustiça organizacional”. Sendo assim, não se obteve um instrumento com a estrutura fatorial idêntica ao modelo original, mas os itens que não apresentaram bons indicadores no contexto brasileiro poderão ser reavaliados e, a priori, propõe-se uma estrutura sem esses itens. Por conta disso, a escala ROSES-BR está sujeita a novos estudos que considerem ajustar os itens com comportamento inadequado e testá-los novamente.

Diante dessas inconsistências, observaram-se algumas limitações. Uma das limitações diz respeito à utilização de amostragem não probabilística por conveniência. Nesse sentido, sugere-se a replicabilidade da estrutura original, para confirmar a estrutura fatorial do instrumento no Brasil e a expansão do estudo com amostras suficientemente grandes, considerando que seja necessária uma amostra representativa da população. Em razão das dificuldades de acesso a uma amostra maior, com no mínimo 460 participantes, utilizou-se a proporção de oito participantes por item do instrumento.

Além da amostragem, outra limitação pode estar relacionada ao conteúdo dos itens. Sendo assim, recomendam-se outros estudos psicométricos com a medida, incluindo uma etapa de validade de conteúdo com juízes, pensando principalmente no conteúdo dos itens que não se ajustaram de maneira adequada. Nesse sentido, sugere-se que estudos futuros investiguem evidências adicionais de validade do instrumento ROSES Brasil.

Entende-se que tais inconsistências e limitações evidenciadas não desqualificam o estudo em questão, ao contrário, oportunizaram questionamentos que mostraram caminhos para estudos futuros, principalmente no que se refere à escala ROSES-BR propriamente dita. Além disso, o desenvolvimento de novos estudos contribuirá para aprimorar o conhecimento científico acerca de obstáculos e autoeficácia para o RT após transtornos mentais comuns e lesões musculoesqueléticas.

Em estudos futuros, também poderão ser desenvolvidos e avaliados programas que visem potencializar o RT, como a proposta inicial da pesquisadora. A autoeficácia oferece oportunidades para o desenvolvimento de intervenções neste campo de atuação. Bandura (1997b) enfatiza o papel da obtenção de desempenho como o reforço mais forte de autoeficácia. Quando aplicamos isso à autoeficácia para o RT, as experiências de retorno ao trabalho terão um impacto nos níveis de autoeficácia para o RT. Estimular experiências de sucesso por RT gradual, por exemplo, e reduzir o risco de experiências de desempenho no trabalho negativas são elementos-chave em intervenções eficazes neste campo do RT. Desse modo, com essa proposta será possível capacitar profissionais para trabalhar com este público-alvo no Brasil, ainda incipiente.

O instrumento ROSES-BR é apropriado para mensurar possíveis barreiras no RT de trabalhadores em licença médica e sua autoeficácia para superação dos obstáculos percebidos, e pode ser usado para indicar orientações necessárias para o RT. Até onde se sabe, não existe questionário desenvolvido ou adaptado no Brasil que avalie simultaneamente a percepção das barreiras de RT e a autoeficácia para enfrentá-las. Os profissionais podem oferecer intervenções adicionais (por exemplo, para melhorar a autoeficácia) com base nas pontuações de ROSES-BR, pois a mesma é facilmente administrada na população alvo e em uma variedade de ambientes ocupacionais. Isso torna a escala ROSES uma ferramenta com potencial para intervenções e pesquisas. É necessário, contudo, desenvolver estudos para aprimorar a versão brasileira do instrumento, conforme mencionado.

Esta pesquisa de doutorado, considerando os Estudos 1, 2 e 3, contribui com duas áreas da ciência psicológica, mais precisamente a psicologia organizacional e do trabalho, pois a maioria dos estudos sobre o trabalho e as licenças médicas são voltados à investigação de causas de adoecimentos e afastamentos, além de serem mais estudados na área da saúde do que na psicologia; e a avaliação psicológica, no âmbito da construção, adaptação e avaliação de propriedades psicométricas de instrumentos de medida para o contexto de RT.

Além disso, a partir da disseminação do conhecimento científico a respeito da autoeficácia para o RT, é esperado que pesquisadores ligados à área da psicologia

organizacional e do trabalho passem a se interessar por esta população (trabalhadores em processo de RT), ainda pouco explorada em pesquisas, e possam fortalecer os estudos sobre instrumentos de medidas no contexto do retorno ao trabalho para atender lacunas de pesquisas existentes. Ressalta-se que, para o fortalecimento do processo de investigação científica no contexto do RT, é necessário o desenvolvimento de estudos teóricos e empíricos que envolvam trabalhadores e o processo de RT, os quais poderão utilizar o conceito da autoeficácia.

Por fim, apesar dos desdobramentos desta tese de doutorado, expostos no início deste trabalho, das limitações identificadas e das sugestões para outros estudos, esta pesquisa atingiu objetivos científicos supracitados e sociais, ao colaborar na construção da psicologia das organizações e do trabalho enquanto ciência aplicada, visando atender às necessidades dos profissionais da área de conhecimento e do campo de aplicação.

## REFERENCIAS

- Andersen, M.F., Nielsen, K.M., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 93-104. Recuperado em 14 de julho de 2020, de [www.jstor.org/stable/41508872](http://www.jstor.org/stable/41508872)
- Anderson, M.J. (2001). A new method for non-parametric multivariate analysis of variance. *Austral Ecology*, 26, 32–46.
- Arbizu, P. M. (2020). *pairwiseAdonis: Pairwise multilevel comparison using adonis*. R package version 0.4, 1.
- Azzi, R.G., & Polydoro, S.A.J. (2006). *Autoeficácia em diferentes contextos*. Alínea.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1-26. Annual Reviews.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on psychological science*, 1(2), 164-180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Barbaranelli, C., Paciello, M., Biagioli, V., Fida, R., & Tramontano, C. (2018). Positivity and behaviour: the mediating role of self-efficacy in organisational and educational settings. *J. Happiness Stud.* 19, 1-21. DOI: 10.1007/s10902-018-9972-4
- Beaton, D.E., & Guillemin, F. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2002). Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 12, 1-9.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1-45.
- Besen, E., Young, A.E., & Shaw, W.S. (2015). Returning to work following low back pain: towards a model of individual psychosocial factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(1), 25-37.

- 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, 16–27.
- Black, O., Sim, M.R., Collie, A., & Smith, P. (2016). A return-to-work self-efficacy scale for workers with psychological or musculoskeletal work-related injuries. *Quality & Quantity*, 51, 413-424. DOI:10.1007/s11135-016-0312-7
- Black, O., Sim, M.R., Collie, A. & Smith, P. (2017) Early-claim modifiable factors associated with return-to-work self-efficacy among workers injured at work: are there differences between psychological and musculoskeletal injuries? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59, e257–e262.
- Bland, J.M., & Altman, D.G. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *Bmj*, 314(7080), 572.
- Boot, C.R., Hogg-Johnson, S., Bültmann, U., Amick, B.C.III, & van der Beek, A.J. (2014). Differences in predictors for return to work following musculoskeletal injury between workers with and without somatic comorbidities. *Int Arch Occup Environ Health*, 87(8), 871–9.
- Borsa, J.C., Damásio, B.F., & Bandeira, D.R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22, 423-432.
- Botelho, L.L.R., de Almeida Cunha, C.C., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*, 5(11), 121-136. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Brouwer, S., Krol, B., Reneman, M.F., Bültmann, U., Franche, R.L., van der Klink, J.J.L., & Groothoff, J.W. (2009). Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior. *J Occup Rehab*, 19(2):166–74.
- 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.
- 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.
- Brouwer, S., Amick, B.C.III, 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. *J Occup Rehabil*, 25(4), 1–8.
- Brown, T.A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.

- Burrell, G., & Morgan, G. (2005). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis: elements of sociology of corporate life*. Ashgate.
- Byrne, B.M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge.
- Castro, S.M.D.J., Trentini, C.M., & Riboldi, J. (2010). Teoria da resposta ao item aplicada ao Inventário de Depressão Beck. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(3), 487–501.
- Chalmers, R.P. (2012). Mirt: A Multidimensional Item Response Theory Package for the R Environment. *Journal of Statistical Software*, 48(6), 1-29.
- Chia-Huei Wu. (2009). Factor analysis of the general self-efficacy scale and its relationship with individualism/collectivism among twenty-five countries: Application of multilevel confirmatory factor analysis. *Personality and individual differences*, 46(7), 699-703. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.01.025>
- Cohen, R.J., Swerdlik, M.E., & Sturman, E.D. (2014). *Testagem e Avaliação Psicológica*. AMGH.
- Corbière, M., & Durand, M.-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (From mental disorders to work disability: a transdisciplinary approach to better understand this problematic and offer practical interventions). Presses de l'Université du Québec.
- Corbière, M., Mercier, C., & Lesage, A. (2004). Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness. *J Career Assess*, 12(4), 460–78.
- Corbière, M., Negrini, A., Dewa, C.S. (2013). Mental health problems and mental disorders: linked determinants to work participation and work functioning. In: Loisel, P., Anema, J.R., editors. *Handbook of work disability: prevention and management* (pp. 267-288) Springer.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9661-2>
- Cornelius, L.R., Van der Klink, J.J.L., Groothoff, J.W., & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 259-274. DOI 10.1007/s10926-010-9261-5
- Cozby, P.C. (2009) *Métodos em Pesquisa Comportamental* (10a ed.) McGraw Hill.
- Creswell, J.W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3a ed). Artmed.

- Damásio, B.F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 11(2), 213-228.
- D'Amato, A., & Zijlstra, F. (2010). Toward a climate for work resumption: the nonmedical determinants of return to work. *Journal of occupational and environmental medicine*, 52(1), 67-80. Doi: 10.1097 / JOM.0b013e3181c75291
- Domenico, V.G.C., & Cassetari, L. (2009). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia*. Edicon.
- Durand, M.J., & Hong, Q.N. (2013). Tools for assessing work disability. In *Handbook of Work Disability* (pp. 229-251). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_15](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_15)
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Fitzgerald, S.T., Becker, D.M., Celentano, D.D., Swank, R., Brinker, J. (1989) Return to work after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol.*, 68(18), 1108–12. DOI: 10.1016/0002-9149(89)90861-8
- Flach, P.A., Groothoff, J.W., Krol, B., & Bültmann, U. (2012). Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *The European Journal of Public Health*, 22(3), 440-445. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr102>
- Gaeta González, M.L., Gaeta González, L., & Rodríguez Guardado, M.D.S. (2021). Autoeficacia, estado emocional y autorregulación del aprendizaje en el estudiantado universitario durante la pandemia por COVID-19. *Actualidades Investigativas en Educación*, 21(3), 3-27.
- Gergen, K. J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 6(1), 299-325.
- Gil, A. C. (2019). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (7a ed.). Atlas.
- Gir, E., Sousa, L.R.M., de Oliveira, A.C., & Leoni, P.H.T. (2022). Resiliência, depressão e autoeficácia entre profissionais de enfermagem brasileiros na pandemia da Covid-19: um estudo transversal. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 26, 102070.
- Gragano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *J Occup Rehabil*, 28(2), 215–231.
- Gragano, A., Corbière, M., Picco, E., Negrini, A., Savioli, G., Conti, M., Corsiglia, L. & Miglioretti, M. (2022). Adaptation and validation of the cardiovascular version of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES-CVD) to the Italian context. *Disability and Rehabilitation*, 1-9.
- Grolier, M., Lanhers, C., Lefevre-Colau, M.M., Mignard, L., Pereira, B., & Coudeyre, E. (2017). French validation of two different (10 and 19 items) Return To Work Self-

Efficacy Scale (RTWSE) on a chronic low back pain population. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60, e59.

- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman editora.
- Hayes, A.F., & Coutts, J.J. (2020). Use omega rather than Cronbach's alpha for estimating reliability. But... *Communication Methods and Measures*, 14(1), 1-24.
- Hegewald, J., Wegewitz, U.E., Euler, U., van Dijk, J.L., Adams, J., Fishta, A., Heinrich, P., & Seidler, A. (2019). Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD010748. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010748.pub2>
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K.H. (2005). Long term sickness absence. *Bmj*, 330(7495), 802-803.
- Herrera, M.E.M., Cabral, G.R., Mamani-Benito, O., Tarqui, E.E.A., & Landa-Barzola, M. (2022). Adaptación y carga laboral como predictores de la autoeficacia profesional durante la Pandemia COVID-19 en docentes universitarios peruanos. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 20(56), 27-42.
- Huijs, J.J., Koppes, L.L., Taris, T.W., & Blonk, R.W. (2012). Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 301-311. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9351-z>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests* (Second edition). [www.InTestCom.org]
- Klopper, R., Lubbe, S., & Rugbeer, H. (2007). The matrix method of literature review. *Alternation*, 14(1), 262-276.
- 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: 10.1097/01.jom.0000229783.04721.d2
- Lagerveld, S.E., Brenninkmeijer, V., Blonk, R.W., Twisk, J., & Schaufeli, W.B. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. *Occupational and environmental medicine*, 74(5), 381-383.
- Laisné, F., Lecomte, C., Corbière, M. (2012). Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature (corrected and republished). *Disabil Rehabil*, 34(22):1912–41.
- Lee, J.E., Yoo, S.B., & Leigh, J.H. (2020). Transcultural validation of the return-to-work self-efficacy scale in Korean patients with work-related injuries. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10.

- Lei 8.213 de 24/07/1991 – Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. <http://www.planalto.gov.br>.
- Lei 9.717 de 27 de novembro de 1998. Dispõe sobre regras gerais para a organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e dá outras providências. <http://www.planalto.gov.br>.
- Li, C.H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior research methods*, 48, 936-949.
- Little, R.J.A. (1988). A Test of Missing Completely at Random for Multivariate Data with Missing Values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198–1202. doi:10.1080/01621459.1988.10478722.
- Loisel, P., Durand, M.J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., & Tremblay, C. (2001). Disability prevention: new paradigm for the management of occupational back pain. *Dis Manag Health Outcomes*, 9(7), 351–60.
- Loisel, P., & Anema, J.R. (2013). *Manual de incapacidade para o trabalho: Prevenção e gerenciamento*. Springer.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2: A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Applied Psychological Measurement*, 37(6), 497-498.
- Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S., & Reme, S.E. (2014). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit recipiency among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ open*, 4(3). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004321>
- Luthans, F., Youssef, C.M., & Avolio, B.J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge* (V. 198). Oxford university press
- Marhold, C., Linton, S.J., Melin, L. (2002). Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. *J Occup Rehabil*, 12(2), 65-75.
- Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.D.C.P., & Galvão, C.M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=714/71411240017>
- Meseguer de Pedro, M., Soler, M.I., & García-Izquierdo, M. (2014). The moderating role of professional self-efficacy in situations of workplace bullying and self-perceived health. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 30(2), 573-578. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.161251>

- Molero, M.d.M., Pérez-Fuentes, M.d.C., & Gázquez, J.J. (2018). Analysis of the mediating role of self-efficacy and self-esteem on the effect of workload on burnout's influence on nurses' plans to work longer. *Frontiers in Psychology, 9*, Article 2605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02605>
- Momsen, A.M.H., Rosbjerg, R., Stapelfeldt, C.M., Lund, T., Jensen, C., Johansen, T., Nielsen, C. V., & Labriola, M. (2016). Cross-cultural adaptation and validation of the Danish version of the 19-item return-to-work self-efficacy (RTWSE-19) questionnaire. *Scandinavian journal of work, environment & health, 338-345*.
- Muller, J.M., Silva, N., Pesca, A.D. (no prelo). Revisão integrativa da literatura sobre Autoeficácia ocupacional. *Psicología Desde el Caribe*.
- Muthén, L.K., & Muthén, B. (2017). *Mplus user's guide: Statistical analysis with latent variables, user's guide*. Muthén & Muthén.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H., de Boer, A.G., Blonk, R.W., & van Dijk, F.J. (2006). Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health, 32(1):67-74*
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9389-6>
- Nøttingnes, C., Fersum, K.V., Reme, S.E., Moe-Nilssen, R., & Morken, T. (2019). Job-related self-efficacy in musculoskeletal disorders—a questionnaire. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Nunes, M.F.O., Oliveira, T.O. (2018). A autoeficácia: acreditar é preciso, mas fazer é fundamental. In: Silva, N.; Farsen, T.C. (Org.) *Qualidades Psicológicas nas Organizações: mensuração, desenvolvimento e gestão*. Vetor.
- Oksanen, J., Blanchet, F.G., Kindt, R., Legendre, P., Minchin, P.R., O'hara, R.B., Simpson, G.L., Solymos, P., Stevens, M.H.H., & Wagner, H. (2013). Package 'vegan'. *Community ecology package, version, 2(9)*, 1-295.
- Pajares, F., & Olaz, F. (2008). Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In: Bandura, A.; Azzi, R.B.; Polydoro, S. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp. 97-114). Artmed.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e prática*. Artmed.
- Pasquali, L. (2020). *TRI—Teoria de resposta ao item: Teoria, procedimentos e aplicações*. Editora Appris.
- Pasquali, L., & Primi, R. (2003). Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment, 2(2)*, 99-110.

- Pedrazza, M., Berlanda, S., De Cordova, F., & Fraizzoli, M. (2018). The changing educators' work environment in contemporary society. *Frontiers in psychology*, 9, 2186. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02186>
- Pesca, A.D. (2013). *Avaliação da eficácia de treinamento na percepção de treinadores de modalidades esportivas* (Tese de doutorado). <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107344>
- Pesca, A.D., Rosado, F.B., Serpa, S. & Cruz, R.M. (2022). Autoeficácia no âmbito esportivo. In: Fortes, L.S., Fiorese, L.: *Psicologia do Esporte: uma abordagem aplicada para atletas e treinadores* (pp. 343-357). Ampla.
- Polydoro, S.A.J., Azzi, R.G., & Vieira, D. (2010). Orientações de construção e aplicações de escalas na avaliação de crenças de autoeficácia. *Perspectivas em avaliação psicológica*, 189-210.
- R Core Team (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
- R Core Team (2022). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
- Richardson, R.J. (2017). *Pesquisa social: Métodos e técnicas* (4a ed). Atlas.
- Riedl, L., Blank, D., Kohl, M. Lang, A., Kehl, V., Brieger, P., & Hamann, J. (2020). Return-to-work-experts for inpatient treatment of patients with mental illnesses– a proof-of-concept-study (RETURN): the study protocol. *BMC Psychiatry* 20, 177. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02504-4>
- Samejima, F. (1969). Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika Monograph Supplement*, 34(4), 100-114.
- Sampieri, R.H., Fernández-Collado, C., & Lucio, M.D.P.B. (2013). *Metodologia de Pesquisa* (5a ed). Penso.
- Schreurs, B., van Emmerik, H., Notelaers, G., & De Witte, H. (2010). Job insecurity and employee health: The buffering potential of job control and job self-efficacy. *Work & Stress*, 24(1), 56-72. <https://doi.org/10.1080/02678371003718733>
- Schultz, Duane P.; Schultz, Sydney Ellen. (2014). *História da Psicologia Moderna*. Cengage.
- Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analyses. *Applied psychology*, 57, 152-171. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00359.x>
- Schyns, B., & von Collani, G. (2002). A new occupational self-efficacy scale and its relation to personality constructs and organizational variables. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(2), 219-241. DOI:10.1080/13594320244000148

- 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*, 109-119. Recuperado em 14 de julho de 2020, de [www.jstor.org/stable/41151531](http://www.jstor.org/stable/41151531)
- Silva-Junior, J.S. (2016). *Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal* (Tese de doutorado). <https://doi.org/10.11606/T.6.2017.tde-17042017-093730>
- 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 Saúde Pública*, 51, 8. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006778>
- Silva-Junior, J.S., Souto, E.P., Fischer, F.M., & Griep, R.H. (2018). Validity and test-retest reliability of the Brazilian version of the Return-to-work self-efficacy questionnaire. *Revista de saude publica*, 52, 65. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000237>
- Silva, N., Costa, A.B., & Budde, C. (2018). As bases conceituais e epistemológicas da psicologia positiva. In: Silva, N.; & Farsen, T. *Qualidades Psicológicas Positivas nas Organizações: mensuração, desenvolvimento e gestão*. Vetor.
- St-Arnaud, L., Corbière, M. (2011) De´terminants de la re´integration en emploi et du retour au travail en sante´ mentale (Determinants of work reintegration and return to work in mental health). In: Corbière, M., Durand, M.-J., editors. *Du trouble mental a` l'incapacite´ au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise a` mieux saisir cette proble´matique et a` offrir des pistes d'interventions* (From mental disorders to work disability: a transdisciplinary approach to better understand this problematic and offer practical interventions) (p. 137-166). Presses de l'Universite´ du Que´bec.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S., & Ullman, J.B. (2007). *Using multivariate statistics* (V. 5).
- Toldrá, R.C., Daldon, M.T.B., Santos, M.D.C.D., & Lancman, S. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35, 10-22.
- Torisu, E.M., & Ferreira, A.C. (2009). The social cognitive theory and the mathematic teaching-learning process: Considerations on the self-efficacy beliefs in mathematics. *Ciências & Cognição*, 14(3), 168-177.
- Valentini, F., & Damásio, B.F. (2016). Variância média extraída e confiabilidade composta: indicadores de precisão. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 32.
- Van Beurden, K.M., van der Klink, J.J., Brouwers, E.P., Joosen, M.C., Mathijssen, J. J., Terluin, B., & van Weeghel, J. (2015). Effect of an intervention to enhance guideline adherence of occupational physicians on return-to-work self-efficacy in workers sick-listed with common mental disorders. *BMC Public Health*, 15(1), 796. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2125-3>

- Vergara, S.C. (2015). *Métodos de Pesquisa em Administração* (6a ed.). Atlas.
- Ventura, M., Salanova, M., & Llorens, S. (2015). Professional self-efficacy as a predictor of burnout and engagement: the role of challenge and hindrance demands. *J. Psychol.* 149, 277–302. Doi: 10.1080/00223980.2013.876380
- Vieira, D., & Coimbra, J.L. (2006). A auto-eficácia na transição para o trabalho. In R. G. Azzi & S. A. Polydoro (Orgs.), *Auto-eficácia em diferentes contextos* (pp. 27-58). Átomo & Alínea.
- Vlasveld, M. C., Van der Feltz-Cornelis, C. M., Bültmann, U., Beekman, A. T. F., Van Mechelen, W., Hoedeman, R., & Anema, J. R. (2012). Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: a prospective cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 118-126. DOI 10.1007/s10926-011-9326-0
- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Brouwers, E. P. M., Van Lomwel, A. G. C., & Van Der Feltz-Cornelis, C. M. (2015). Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(2), 423-431. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9552-3>
- Vooijs, M., Leensen, M.C., Hoving, J.L., Daams, J.G., Wind, H., & Frings-Dresen, M.H. (2015). Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *International archives of occupational and environmental health*, 88(8), 1015-1029. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1025-2>
- Zawieja, P., Guarnieri, F., Alaluf, M., Albert, E., Althaus, V., Amoura, C., et al. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux* (Dictionary of psychosocial risks). Seuil.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-graduação em Psicologia

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

Você está sendo convidado para participar do processo de coleta de dados do estudo de doutorado “Adaptação e validação de Return-to-work Obstacles and Self-efficacy Scale (ROSES) para o contexto brasileiro”, desenvolvido pela aluna Jaqueline Marques Muller, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação do Prof. Dr. Narbal Silva do departamento de Psicologia da UFSC e coorientação da Prof. Dra. Andréa Duarte Pesca.

O estudo tem como objetivo adaptar e validar o instrumento Return-To-Work Obstacles And Self-Efficacy Scale - ROSES (Corbière et al., 2017) para o contexto brasileiro. A pesquisa será realizada por meio de um instrumento organizado em duas partes: parte 1 com identificação dos dados pessoais (questionário de perfil do trabalhador) e a parte 2, com a avaliação dos itens correspondentes à escala adaptada (ROSES). ROSES é um questionário de autorrelato com questões fechadas de múltipla escolha (escala de intensidade do tipo Likert, de 1 a 7 pontos), composto a partir de 10 dimensões inter-relacionadas (medos de recaída; dificuldade cognitiva; dificuldade relacionada a medicação; demandas de trabalho; sentimento de injustiça organizacional; relação difícil com o chefe imediato; relação difícil com colegas; problemas com a previdência social; difícil equilíbrio entre vida pessoal e trabalho; perda da motivação para retornar ao trabalho) e o tempo de duração das respostas, embora flexível, estima-se em torno de 30 minutos aproximadamente.

Os critérios de inclusão para participação neste estudo são trabalhadores ausentes do trabalho por transtornos mentais comuns (TMC) ou lesões musculoesqueléticas (LME), trabalhadores que mantiverem relação de trabalho com o mesmo empregador que antes da licença médica, idade mínima de 18 anos e residentes no território nacional brasileiro. Como critérios de exclusão, não serão considerados para os propósitos desta pesquisa, os trabalhadores autônomos, trabalhadores que não trabalhavam no momento do diagnóstico (TMC ou LME), diagnóstico de comprometimento intelectual ou cognitivo grave e trabalhadores afastados que não estejam em processo de retorno para o trabalho, como aposentados/segurados por invalidez permanente.

A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina por meio da Plataforma Brasil. O Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH) é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Logo, esta pesquisa se embasa nas considerações da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a qual regulamenta as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, prevendo o engajamento ético e o respeito pela dignidade humana.

Com relação aos benefícios (“contribuições atuais e potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado”, de acordo com a Resolução nº 510/2016, do CNS), este estudo poderá fornecer benefício indireto e posterior a você, além de contribuir para o desenvolvimento da ciência e para explorar recursos psicológicos ao estudar a autoeficácia no contexto do retorno para o trabalho.

Para a pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Mediante o seu interesse em participar do estudo, você receberá o link da pesquisa correspondente ao seu diagnóstico “Transtornos Mentais Comuns” ou “Lesões Musculoesqueléticas”, no qual consta este Termo de Consentimento em formato digital e, selecionando a opção “Li e concordo com o TCLE”, será formalizada a sua participação no estudo e você será direcionado ao questionário de perfil do trabalhador e ao instrumento ROSES, auto aplicados. Primeiro, você irá responder o questionário de perfil do trabalhador, instrumento sobre aspectos pessoais para delinear o perfil dos participantes e, em seguida, o questionário correspondente à escala ROSES, versão adaptada. Para responder a escala, na parte A, você deverá avaliar se a situação que está descrita corresponde à um obstáculo que poderá enfrentar ao retornar ao trabalho (1 = não é um obstáculo e 7 = grande obstáculo) e, a partir dessa situação, na parte B deverá indicar o quanto se sente capaz (autoeficácia) para superar o obstáculo percebido (1= nem um pouco capaz e 7 = totalmente capaz) e assim sucessivamente.

Os riscos e desconfortos decorrentes desta pesquisa são considerados mínimos, ou seja, o mesmo risco que se tem em atividades rotineiras como conversar, ler, etc. Entretanto, os riscos mínimos e os desconfortos podem eventualmente gerar timidez pelo teor de algumas questões, constrangimento, lembranças e sentimentos negativos, aborrecimento ou fadiga. Há possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em qualquer pesquisa ou decorrente dela. Caso haja danos decorrentes dos riscos e desconfortos previstos, a pesquisadora responsável assumirá a responsabilidade pelos mesmos. Para o caso de

haver necessidade, a pesquisadora se disponibilizará a garantir o acesso ao apoio psicológico, com fins de evitar qualquer tipo de prejuízo emocional. Além disso, conforme descrito na Resolução já citada (nº 510/2016), o pesquisador responsável, percebendo qualquer risco ou danos significativos ao participante da pesquisa, previstos ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comunicará o fato ao Sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e avaliará a necessidade de adequar ou suspender o estudo, verificando inclusive a necessidade de o pesquisador indenizar o participante.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você tem garantido o direito a ser ressarcido com possíveis gastos provenientes da pesquisa como, por exemplo, transporte e alimentação. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito a indenização, garantindo o reparo ao dano, seja ele material ou imaterial de acordo com a legislação vigente.

Você terá o esclarecimento, acompanhamento e assistência sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá também retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que você é atendido (a). A pesquisador responsável garante que a você acompanhamento e a assistência necessários ao longo de toda a pesquisa.

Destaca-se que serão tomadas as providências necessárias para manutenção da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro. Os dados do questionário serão armazenados em arquivos digitais, sendo mantidos por um período de cinco anos após o término da pesquisa. Somente terão acesso a este material os pesquisadores responsáveis. Este termo de consentimento encontra-se em formato digital em duas vias, assinadas, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você no momento que você aceitar, selecionando a opção “Li e concordo com o TCLE”.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, mas garantimos que qualquer informação a ser divulgada em relatório ou publicação, será feita de forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Há possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional. As possíveis consequências para a vida pessoal e profissional dos participantes são mínimas, mas as providências serão tomadas pela pesquisadora responsável, garantindo que os prejuízos sejam minimizados.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Agradecemos a sua participação.

---

Jaqueline Marques Muller  
Pesquisadora Principal

---

Prof. Dr. Narbal Silva  
Prof. Orientador PPGP-UFSC

Caso você tenha alguma dúvida ou não queira mais fazer parte do estudo, favor entrar em contato pelo e-mail [jac-muller@hotmail.com](mailto:jac-muller@hotmail.com) ou pelos telefones (48) 99947-6559 e (48) 99111-3214 ou ainda pelo endereço dos pesquisadores: Laboratório de Psicologia Positiva nas Organizações e no Trabalho (LAPPOT), Sala 3B, Departamento de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Campus Universitário - Trindade, Florianópolis - SC, CEP: 88040-500.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (setor responsável pela aprovação das pesquisas realizadas com seres humanos): Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH, Universidade Federal de Santa Catarina - Reitoria II, Rua Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis – SC, CEP: 88040-400. Contato: (48) 3721-6094. E-mail: [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

Eu li este documento e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido sobre os procedimentos desta pesquisa e de que se eu tiver dúvidas em relação a ela, aos seus procedimentos, riscos ou benefícios tenho o direito de contatar a pesquisadora a qualquer momento visando esclarecimentos. Desse modo, livre e esclarecido, consinto em participar da pesquisa intitulada: “Adaptação e validação de Return-to-work Obstacles and Self-efficacy Scale (ROSES) para o contexto brasileiro” e autorizo que meus dados, exceto meu nome, telefone, e-mail, sejam utilizados na sua divulgação.

Florianópolis (SC), março de 2022.

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PERFIL DO TRABALHADOR

### Questionário de Perfil do Trabalhador

#### Transtornos Mentais Comuns

1. Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Idade:
3. Escolaridade: ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio ou técnico completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado, Pós Doutorado)
4. Estado civil: ( ) Solteiro/a ( ) Casado/a ( ) Viúvo/a ( ) Divorciado/a ( ) Outro:
5. Você é responsável pelo sustento do grupo familiar? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente
6. No total, há quanto tempo você está no mercado de trabalho? ( ) Até 10 anos ( ) Até 20 anos ( ) Até 30 anos ( ) 30 ou mais
7. Atualmente você é: ( ) Trabalhador com carteira assinada ( ) Servidor público ( ) Outro:
8. Qual é ramo de atividade que você trabalha atualmente? ( ) Indústria ( ) Comércio ( ) Prestação de serviços ( ) Outro:
9. O local que você trabalha possui: ( ) Até 19 empregados ( ) de 20 a 99 ( ) de 100 a 499 ( ) Acima de 499
10. Qual sua função atual?
11. Há quanto tempo está trabalhando no seu vínculo de trabalho atual? ( ) até 1 ano ( ) de 2 a 5 anos ( ) de 6 a 10 anos ( ) de 11 a 15 anos ( ) mais de 15 anos
12. Há quanto tempo está afastado do trabalho? ( ) até 2 semanas ( ) de 2 a 4 semanas ( ) de 4 a 8 semanas ( ) de 8 a 12 semanas ( ) mais de 12 semanas
13. Recebe benefício da Previdência Social (INSS ou regime próprio) atualmente? ( ) Sim ( ) Não
14. Por qual diagnóstico, abaixo, você se está afastado do trabalho:
  - ( ) Ansiedade
  - ( ) Burnout
  - ( ) Depressão
  - ( ) Estresse
  - ( ) Síndrome do Pânico
  - ( ) Transtorno adaptativo
  - ( ) Transtorno de Estresse Pós-traumático
  - ( ) Transtorno de Personalidade
  - ( ) Transtorno Obsessivo Compulsivo
  - ( ) Outro, qual?

## Lesões Musculoesqueléticas

1. Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Idade:
3. Escolaridade: ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio ou técnico completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado, Pós Doutorado)
4. Estado civil: ( ) Solteiro/a ( ) Casado/a ( ) Viúvo/a ( ) Divorciado/a ( ) Outro:
5. Você é responsável pelo sustento do grupo familiar? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente
6. No total, há quanto tempo você está no mercado de trabalho? ( ) Até 10 anos ( ) Até 20 anos ( ) Até 30 anos ( ) 30 ou mais
7. Atualmente você é: ( ) Trabalhador com carteira assinada ( ) Servidor público ( ) Outro:
8. Qual é ramo de atividade que você trabalha atualmente? ( ) Indústria ( ) Comércio ( ) Prestação de serviços ( ) Outro:
9. O local que você trabalha possui: ( ) Até 19 empregados ( ) de 20 a 99 ( ) de 100 a 499 ( ) Acima de 499
10. Qual sua função atual?
11. Há quanto tempo está trabalhando no seu vínculo de trabalho atual? ( ) até 1 ano ( ) de 2 a 5 anos ( ) de 6 a 10 anos ( ) de 11 a 15 anos ( ) mais de 15 anos
12. Há quanto tempo está afastado do trabalho? ( ) até 2 semanas ( ) de 2 a 4 semanas ( ) de 4 a 8 semanas ( ) de 8 a 12 semanas ( ) mais de 12 semanas
13. Recebe benefício da Previdência Social (INSS ou regime próprio) atualmente? ( ) Sim ( ) Não
14. Qual parte do seu corpo foi afetada pela dor ou lesão pela qual você foi encaminhado para a reabilitação?  
( ) Parte superior das costas  
( ) Parte inferior das costas  
( ) Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)  
( ) Membros superiores (braços)  
( ) Membros inferiores (pernas)  
( ) Artrite reumatoide  
( ) Cervical  
( ) Lombalgia  
( ) Outro, qual?
15. Você poderia especificar exatamente qual parte do seu corpo?

## APÊNDICE C – ROSES BRASIL

### ROSES versão Brasil TMC (Transtornos Mentais Comuns)

Instruções:

O objetivo deste questionário é avaliar os obstáculos que você pode enfrentar ao retornar ao trabalho (Parte A do questionário) e quão capaz você sente que é para superá-los (Parte B do questionário).

Na Parte A, suas respostas podem variar de 1 (não é um obstáculo) a 7 (é um grande obstáculo) e na Parte B, suas respostas podem variar de 1 (não sou nada capaz) a 7 (sou totalmente capaz).

Exemplo: Se sua **RESPOSTA a um item da Parte A for 1** pule para o próximo item da Parte A (item 2) **SEM RESPONDER** à Parte B. Se no item 1 da parte A sua resposta for de **2 a 7 responda o item 1 da parte B**. Siga esta lógica em todas as questões do questionário.

Parte A) VOCÊ VÊ ITEM ABAIXO COMO UM OBSTÁCULO AO SEU RETORNO AO TRABALHO?	1. Não é um obstáculo	2	3	4	5	6	7. Grande obstáculo	Parte B) QUÃO CAPAZ VOCÊ SE SENTE DE SUPERAR ESTE OBSTÁCULO?	1. Nem um pouco	2	3	4	5	6	7. Totalmente
1. Medo de que o seu problema de saúde mental piore após retornar ao trabalho.								1. Medo de que o seu problema de saúde mental piore após retornar ao trabalho.							
2. Possível dificuldade de concentração no trabalho.								2. Possível dificuldade de concentração no trabalho.							
3. Efeitos das mudanças na medicação que você toma para o seu problema de saúde mental ao retornar ao trabalho (por ex. mudanças na dose, tipo e/ou horário da medicação).								3. Efeitos das mudanças na medicação que você toma para o seu problema de saúde mental ao retornar ao trabalho (por ex. mudanças na dose, tipo e/ou horário da medicação).							
4. Responsabilidades associadas ao seu trabalho.								4. Responsabilidades associadas ao seu trabalho.							

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2017); adaptada e validada para o Português/Brasil por Muller, Pesca, Silva, Negrini, & Corbière (2023)

1

5. Medo de não se qualificar mais para todos os movimentos internos de carreira (por ex. promoções, treinamento) após retornar ao trabalho.								5. Medo de não se qualificar mais para todos os movimentos internos de carreira (por ex. promoções, treinamento) após retornar ao trabalho.							
6. Falta de comunicação com seu chefe imediato.								6. Falta de comunicação com seu chefe imediato.							
7. Reações negativas de seus colegas de trabalho após contar a eles sobre seu problema de saúde mental.								7. Reações negativas de seus colegas de trabalho após contar a eles sobre seu problema de saúde mental.							
8. Dificuldades com a Previdência Social (por ex. problemas de comunicação).								8. Dificuldades com a Previdência Social (por ex. problemas de comunicação).							
9. Pessoas no seu círculo (família, amigos) não acham uma boa ideia você retornar ao seu trabalho.								9. Pessoas no seu círculo (família, amigos) não acham uma boa ideia você retornar ao seu trabalho.							
10. Baixa motivação, falta de interesse em retornar ao trabalho.								10. Baixa motivação, falta de interesse em retornar ao trabalho.							
11. Medo de que novos sintomas apareçam após você retornar ao trabalho.								11. Medo de que novos sintomas apareçam após você retornar ao trabalho.							
12. Problemas de memória.								12. Problemas de memória.							
13. Preocupa-se em tomar medicamentos em seu local de trabalho.								13. Preocupa-se em tomar medicamentos em seu local de trabalho.							

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2017); adaptada e validada para o Português/Brasil por Muller, Pesca, Silva, Negrini, & Corbière (2023)

2



40. Dificuldades em obter informações da Previdência Social sobre sua licença médica (por ex. valor e duração dos pagamentos).										40. Dificuldades em obter informações da Previdência Social sobre sua licença médica (por ex. valor e duração dos pagamentos).									
41. Falta de disponibilidade do seu chefe imediato para dar feedback sobre o seu trabalho.										41. Falta de disponibilidade do seu chefe imediato para dar feedback sobre o seu trabalho.									
42. Obrigações familiares (filhos ou dependentes).										42. Obrigações familiares (filhos ou dependentes).									
43. Indiferença de seus colegas de trabalho com relação ao seu retorno ao trabalho.										43. Indiferença de seus colegas de trabalho com relação ao seu retorno ao trabalho.									
44. Sentir-se pressionado pelo seu chefe imediato para ser mais produtivo assim que retornar ao trabalho.										44. Sentir-se pressionado pelo seu chefe imediato para ser mais produtivo assim que retornar ao trabalho.									
45. Estar sobrecarregado nos primeiros dias depois de voltar ao trabalho.										45. Estar sobrecarregado nos primeiros dias depois de voltar ao trabalho.									
46. Falta de apoio dos colegas de trabalho quando você retornar ao trabalho.										46. Falta de apoio dos colegas de trabalho quando você retornar ao trabalho.									

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2017); adaptada e validada para o Português/Brasil por Muller, Pesca, Silva, Negrini, & Corbière (2023)

**ROSES versão Brasil LME (Lesões Musculoesqueléticas)**

Instruções:

O objetivo deste questionário é avaliar os obstáculos que você pode enfrentar ao retornar ao trabalho (Parte A do questionário) e quão capaz você sente que é para superá-los (Parte B do questionário).

Na Parte A, suas respostas podem variar de 1 (não é um obstáculo) a 7 (é um grande obstáculo) e na Parte B, suas respostas podem variar de 1 (não sou nada capaz) a 7 (sou totalmente capaz).

Exemplo: Se sua **RESPOSTA** a um **item da Parte A** for **1** pule para o próximo item da Parte A (item 2) **SEM RESPONDER** à **Parte B**. Se no item 1 da parte A sua resposta for de **2 a 7 responda o item 1 da parte B**. Siga esta lógica em todas as questões do questionário.

Parte A) VOCÊ VÊ ITEM ABAIXO COMO UM OBSTÁCULO AO SEU RETORNO AO TRABALHO?	1. Não é um obstáculo	2	3	4	5	6	7. Grande obstáculo	Parte B) QUÃO CAPAZ VOCÊ SE SENTE DE SUPERAR ESTE OBSTÁCULO?	1. Nem um pouco	2	3	4	5	6	7. Totalmente
1. Medo de que seu problema musculoesquelético piore após retornar ao trabalho.								1. Medo de que seu problema musculoesquelético piore após retornar ao trabalho.							
2. Possível dificuldade de concentração no trabalho.								2. Possível dificuldade de concentração no trabalho.							
3. Efeitos das mudanças na medicação que você toma para o seu problema musculoesquelético ao retornar ao trabalho (por ex. mudanças na dose, tipo e/ou horário da medicação).								3. Efeitos das mudanças na medicação que você toma para o seu problema musculoesquelético ao retornar ao trabalho (por ex. mudanças na dose, tipo e/ou horário da medicação).							
4. Responsabilidades associadas ao seu trabalho.								4. Responsabilidades associadas ao seu trabalho.							

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2017); adaptada e validada para o Português/Brasil por Muller, Pesca, Silva, Negrini, & Corbière (2023)







## ANEXO A – ROSES (CORBIÈRE ET AL., 2017)

### Return to work Obstacles and Coping Efficacy – Common Mental Disorders (ROSES-CMD)

#### **Instructions**

The purpose of this questionnaire is to evaluate the obstacles you may face when returning to work (Part A) and how capable you feel you are of overcoming them (Part B).

In Part A, your answers can range from 1 (it is not an obstacle) to 7 (it is a big obstacle).

In Part B, your answers can range from 1 (I am not at all capable) to 7 (I am completely capable).

If your answer to an item in Part A is 1 (it is not an obstacle), please skip to the next item in Part A without answering Part B.

If your answer to an item in Part A ranges from 2 to 7, please answer Part B.

**Return to work Obstacles and Coping Efficacy - Common Mental Disorders (ROSES-CMD)**

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	2			3	4	5	6			
1. Fear that your mental health problem will worsen after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	1. Fear that your mental health problem will worsen after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
2. Possible difficulty concentrating or staying focused at work.	1	2	3	4	5	6	7	2. Possible difficulty concentrating or staying focused at work.	1	2	3	4	5	6	7
3. The effects of changes in the medication you take for your mental health problem when returning to work (e.g., changes in dose, type and/or schedule of medication).	1	2	3	4	5	6	7	3. The effects of changes in the medication you take for your mental health problem when returning to work (e.g., changes in dose, type and/or schedule of medication).	1	2	3	4	5	6	7
4. Responsibilities associated with your job.	1	2	3	4	5	6	7	4. Responsibilities associated with your job.	1	2	3	4	5	6	7
5. Fear of no longer qualifying for all internal career moves (e.g., promotions, training) after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	5. Fear of no longer qualifying for all internal career moves (e.g., promotions, training) after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-CMD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale (BECES)* (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

2

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	2			3	4	5	6			
6. Lack of communication with your immediate supervisor.	1	2	3	4	5	6	7	6. Lack of communication with your immediate supervisor.	1	2	3	4	5	6	7
7. Negative reactions from your co-workers after telling them about your mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7	7. Negative reactions from your co-workers after telling them about your mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
8. A poor relationship with the insurance company agent (e.g., problems communicating).	1	2	3	4	5	6	7	8. A poor relationship with the insurance company agent (e.g., problems communicating).	1	2	3	4	5	6	7
9. People in your circle (family, friends) do not think that it is a good idea for you to return to work.	1	2	3	4	5	6	7	9. People in your circle (family, friends) do not think that it is a good idea for you to return to work.	1	2	3	4	5	6	7
10. Low motivation, lack of interest in returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	10. Low motivation, lack of interest in returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
11. Fear that new symptoms will appear after you return to work.	1	2	3	4	5	6	7	11. Fear that new symptoms will appear after you return to work.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-CMD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale (BECES)* (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

3

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	2			3	4	5	6			
12. Memory problems.	1	2	3	4	5	6	7	12. Memory problems.	1	2	3	4	5	6	7
13. Your concerns about taking medication in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7	13. Your concerns about taking medication in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7
14. Pressure related to your job (e.g., productivity).	1	2	3	4	5	6	7	14. Pressure related to your job (e.g., productivity).	1	2	3	4	5	6	7
15. Fear of no longer being involved in stimulating tasks or projects in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7	15. Fear of no longer being involved in stimulating tasks or projects in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7
16. Lack of support from your immediate supervisor after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	16. Lack of support from your immediate supervisor after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
17. Problems understanding the insurance company documents relating to your mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7	17. Problems understanding the insurance company documents relating to your mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-CMD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale (BECES)* (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

4

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	2			3	4	5	6			
18. Lack of support from the people in your circle (family, friends).	1	2	3	4	5	6	7	18. Lack of support from the people in your circle (family, friends).	1	2	3	4	5	6	7
19. Fears about re-establishing contact with your co-workers.	1	2	3	4	5	6	7	19. Fears about re-establishing contact with your co-workers.	1	2	3	4	5	6	7
20. Having lost interest in working.	1	2	3	4	5	6	7	20. Having lost interest in working.	1	2	3	4	5	6	7
21. Your immediate supervisor's negative view of your personal health issue.	1	2	3	4	5	6	7	21. Your immediate supervisor's negative view of your personal health issue.	1	2	3	4	5	6	7
22. Once again having to deal with the demands of your job.	1	2	3	4	5	6	7	22. Once again having to deal with the demands of your job.	1	2	3	4	5	6	7
23. Feeling obliged to reveal the reasons for your absence to your co-workers.	1	2	3	4	5	6	7	23. Feeling obliged to reveal the reasons for your absence to your co-workers.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-CMD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale (BECES)* (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

5

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	1			2	3	4	5	6		
24. Having difficulty recovering after a day's work.	1	2	3	4	5	6	7	24. Having difficulty recovering after a day's work.	1	2	3	4	5	6	7
25. Difficulties achieving your work goals by the established deadlines after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	25. Difficulties achieving your work goals by the established deadlines after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
26. Not being sure you want to return to work.	1	2	3	4	5	6	7	26. Not being sure you want to return to work.	1	2	3	4	5	6	7
27. Noticing a change in your co-workers' attitude toward you (e.g., hypocritical, not genuine) when you return to work.	1	2	3	4	5	6	7	27. Noticing a change in your co-workers' attitude toward you (e.g., hypocritical, not genuine) when you return to work.	1	2	3	4	5	6	7
28. Lack of accommodation measures (e.g., schedules, performance requirements) in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7	28. Lack of accommodation measures (e.g., schedules, performance requirements) in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7
29. The side effects of your medication (e.g., difficulty sleeping, trembling, weight gain).	1	2	3	4	5	6	7	29. The side effects of your medication (e.g., difficulty sleeping, trembling, weight gain).	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-CMD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

6

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	1			2	3	4	5	6		
30. Fear of losing your job after returning to work (e.g., contract not renewed).	1	2	3	4	5	6	7	30. Fear of losing your job after returning to work (e.g., contract not renewed).	1	2	3	4	5	6	7
31. Your immediate supervisor's reluctance about reintegrating you at work.	1	2	3	4	5	6	7	31. Your immediate supervisor's reluctance about reintegrating you at work.	1	2	3	4	5	6	7
32. Fear of having a relapse due to the demands of your job.	1	2	3	4	5	6	7	32. Fear of having a relapse due to the demands of your job.	1	2	3	4	5	6	7
33. Fear of being watched by your co-workers after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	33. Fear of being watched by your co-workers after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
34. Lack of recognition in your workplace for the efforts you make to return to work.	1	2	3	4	5	6	7	34. Lack of recognition in your workplace for the efforts you make to return to work.	1	2	3	4	5	6	7
35. Feeling pressure from the insurance company agent to return to work quickly.	1	2	3	4	5	6	7	35. Feeling pressure from the insurance company agent to return to work quickly.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-CMD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

7

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	1			2	3	4	5	6		
36. Your immediate supervisor's lack of knowledge about the return-to-work process of employees with mental health problems.	1	2	3	4	5	6	7	36. Your immediate supervisor's lack of knowledge about the return-to-work process of employees with mental health problems.	1	2	3	4	5	6	7
37. Difficulties handling job demands and family obligations at the same time.	1	2	3	4	5	6	7	37. Difficulties handling job demands and family obligations at the same time.	1	2	3	4	5	6	7
38. Fear of no longer having all the skills and abilities needed to perform at your job.	1	2	3	4	5	6	7	38. Fear of no longer having all the skills and abilities needed to perform at your job.	1	2	3	4	5	6	7
39. Difficulties thinking, reflecting and making decisions like you could before the occurrence of your mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7	39. Difficulties thinking, reflecting and making decisions like you could before the occurrence of your mental health problem.	1	2	3	4	5	6	7
40. Difficulties getting information from your insurance company about your sick leave (e.g., amount and duration of payments).	1	2	3	4	5	6	7	40. Difficulties getting information from your insurance company about your sick leave (e.g., amount and duration of payments).	1	2	3	4	5	6	7
41. Your immediate supervisor's lack of availability to give you feedback on your work.	1	2	3	4	5	6	7	41. Your immediate supervisor's lack of availability to give you feedback on your work.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-CMD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

8

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	1			2	3	4	5	6		
42. Family obligations (dependent relative or child).	1	2	3	4	5	6	7	42. Family obligations (dependent relative or child).	1	2	3	4	5	6	7
43. Your co-workers' indifference to your return to work.	1	2	3	4	5	6	7	43. Your co-workers' indifference to your return to work.	1	2	3	4	5	6	7
44. Feeling pressure from your immediate supervisor to be more productive as soon as you return to work.	1	2	3	4	5	6	7	44. Feeling pressure from your immediate supervisor to be more productive as soon as you return to work.	1	2	3	4	5	6	7
45. Being overloaded the first few days after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	45. Being overloaded the first few days after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
46. Lack of support from your co-workers when you return to work.	1	2	3	4	5	6	7	46. Lack of support from your co-workers when you return to work.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-CMD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

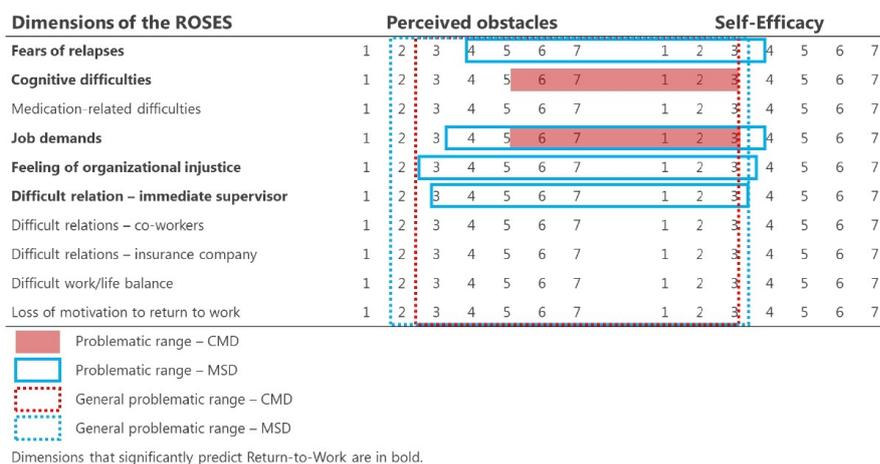
9

**Table 1.** Information for clinicians – Scores Calculation

Dimensions	Items	Mean score for each dimension (two parts separated)	
		Part A) Obstacle perception	Part B) Self-Efficacy to overcome the obstacle
		Total item score ÷ number of items	Total item score ÷ number of items
Fears of a relapse	1, 11, 24, 32	...	...
Cognitive difficulties	2, 12, 39	...	...
Medication-related difficulties	3, 13, 29	...	...
Job demands	4, 14, 22, 25, 28, 38, 45	...	...
Feeling of organizational injustice	5, 15, 30, 34	...	...
Difficult relation – immediate supervisor	6, 16, 21, 31, 36, 41, 44	...	...
Difficult relations – co-workers	7, 19, 23, 27, 33, 43, 46	...	...
Difficult relations – insurance company	8, 17, 35, 40	...	...
Difficult work/life balance	9, 18, 37, 42	...	...
Loss of motivation to return to work	10, 20, 26	...	...

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-CMD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

10



**Figure 1.** Information for clinicians – Scores Interpretation

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-CMD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

11

**Return to work Obstacles and Coping Efficacy – Musculoskeletal Disorders  
(ROSES-MSD)**

**Instructions**

The purpose of this questionnaire is to evaluate the obstacles you may face when returning to work (Part A) and how capable you feel you are of overcoming them (Part B).

In Part A, your answers can range from 1 (it is not an obstacle) to 7 (it is a big obstacle).  
In Part B, your answers can range from 1 (I am not at all capable) to 7 (I am completely capable).

If your answer to an item in Part A is 1 (it is not an obstacle), please skip to the next item in Part A without answering Part B.  
If your answer to an item in Part A ranges from 2 to 7, please answer Part B.

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-MSD,  
adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

1

**Return to work Obstacles and Coping Efficacy – Musculoskeletal Disorders  
(ROSES-MSD)**

*Dans ce questionnaire, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte. En anglais il n'y a pas de genre générique ... (on supprime j'imagine)*

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	1	2	3	4	5	6			1	2	3	4	5	6	
1. Fear that your musculoskeletal problem will worsen after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	1. Fear that your musculoskeletal problem will worsen after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
2. Possible difficulty concentrating or staying focused at work.	1	2	3	4	5	6	7	2. Possible difficulty concentrating or staying focused at work.	1	2	3	4	5	6	7
3. The effects of changes in the medication you take for your musculoskeletal problem when returning to work (e.g., changes in dose, type and/or schedule of medication).	1	2	3	4	5	6	7	3. The effects of changes in the medication you take for your musculoskeletal problem when returning to work (e.g., changes in dose, type and/or schedule of medication).	1	2	3	4	5	6	7
4. Responsibilities associated with your job.	1	2	3	4	5	6	7	4. Responsibilities associated with your job.	1	2	3	4	5	6	7
5. Fear of no longer qualifying for all internal career moves (e.g., promotions, training) after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	5. Fear of no longer qualifying for all internal career moves (e.g., promotions, training) after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-MSD,  
adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

2

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	1			2	3	4	5	6		
6. Lack of communication with your immediate supervisor.	1	2	3	4	5	6	7	6. Lack of communication with your immediate supervisor.	1	2	3	4	5	6	7
7. Negative reactions from your co-workers after telling them about your musculoskeletal problem.	1	2	3	4	5	6	7	7. Negative reactions from your co-workers after telling them about your musculoskeletal problem.	1	2	3	4	5	6	7
8. A poor relationship with the insurance company agent (e.g., problems communicating).	1	2	3	4	5	6	7	8. A poor relationship with the insurance company agent (e.g., problems communicating).	1	2	3	4	5	6	7
9. People in your circle (family, friends) do not think that it is a good idea for you to return to work.	1	2	3	4	5	6	7	9. People in your circle (family, friends) do not think that it is a good idea for you to return to work.	1	2	3	4	5	6	7
10. Low motivation, lack of interest in returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	10. Low motivation, lack of interest in returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
11. Fear that new symptoms will appear after you return to work.	1	2	3	4	5	6	7	11. Fear that new symptoms will appear after you return to work.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negri, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-MSD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

3

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	1			2	3	4	5	6		
12. Memory problems.	1	2	3	4	5	6	7	12. Memory problems.	1	2	3	4	5	6	7
13. Your concerns about taking medication in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7	13. Your concerns about taking medication in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7
14. Pressure related to your job (e.g., productivity).	1	2	3	4	5	6	7	14. Pressure related to your job (e.g., productivity).	1	2	3	4	5	6	7
15. Fear of no longer being involved in stimulating tasks or projects in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7	15. Fear of no longer being involved in stimulating tasks or projects in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7
16. Lack of support from your immediate supervisor after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	16. Lack of support from your immediate supervisor after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
17. Problems understanding the insurance company documents relating to your musculoskeletal problem.	1	2	3	4	5	6	7	17. Problems understanding the insurance company documents relating to your musculoskeletal problem.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negri, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-MSD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

4

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	1			2	3	4	5	6		
18. Lack of support from the people in your circle (family, friends).	1	2	3	4	5	6	7	18. Lack of support from the people in your circle (family, friends).	1	2	3	4	5	6	7
19. Fears about re-establishing contact with your co-workers.	1	2	3	4	5	6	7	19. Fears about re-establishing contact with your co-workers.	1	2	3	4	5	6	7
20. Having lost interest in working.	1	2	3	4	5	6	7	20. Having lost interest in working.	1	2	3	4	5	6	7
21. Your immediate supervisor's negative view of your personal health issue.	1	2	3	4	5	6	7	21. Your immediate supervisor's negative view of your personal health issue.	1	2	3	4	5	6	7
22. Once again having to deal with the demands of your job.	1	2	3	4	5	6	7	22. Once again having to deal with the demands of your job.	1	2	3	4	5	6	7
23. Feeling obliged to reveal the reasons for your absence to your co-workers.	1	2	3	4	5	6	7	23. Feeling obliged to reveal the reasons for your absence to your co-workers.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negri, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-MSD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale (BECES)* (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

5

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	1			2	3	4	5	6		
24. Having difficulty recovering after a day's work.	1	2	3	4	5	6	7	24. Having difficulty recovering after a day's work.	1	2	3	4	5	6	7
25. Difficulties achieving your work goals by the established deadlines after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	25. Difficulties achieving your work goals by the established deadlines after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
26. Not being sure you want to return to work.	1	2	3	4	5	6	7	26. Not being sure you want to return to work.	1	2	3	4	5	6	7
27. Noticing a change in your co-workers' attitude toward you (e.g., hypocritical, not genuine) when you return to work.	1	2	3	4	5	6	7	27. Noticing a change in your co-workers' attitude toward you (e.g., hypocritical, not genuine) when you return to work.	1	2	3	4	5	6	7
28. Lack of accommodation measures (e.g., schedules, performance requirements) in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7	28. Lack of accommodation measures (e.g., schedules, performance requirements) in your workplace.	1	2	3	4	5	6	7
29. The side effects of your medication (e.g., difficulty sleeping, trembling, weight gain).	1	2	3	4	5	6	7	29. The side effects of your medication (e.g., difficulty sleeping, trembling, weight gain).	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negri, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-MSD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale (BECES)* (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

6

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	1			2	3	4	5	6		
30. Fear of losing your job after returning to work (e.g., contract not renewed).	1	2	3	4	5	6	7	30. Fear of losing your job after returning to work (e.g., contract not renewed).	1	2	3	4	5	6	7
31. Your immediate supervisor's reluctance about reintegrating you at work.	1	2	3	4	5	6	7	31. Your immediate supervisor's reluctance about reintegrating you at work.	1	2	3	4	5	6	7
32. Fear of having a relapse due to the demands of your job.	1	2	3	4	5	6	7	32. Fear of having a relapse due to the demands of your job.	1	2	3	4	5	6	7
33. Fear of being watched by your co-workers after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	33. Fear of being watched by your co-workers after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
34. Lack of recognition in your workplace for the efforts you make to return to work.	1	2	3	4	5	6	7	34. Lack of recognition in your workplace for the efforts you make to return to work.	1	2	3	4	5	6	7
35. Feeling pressure from the insurance company agent to return to work quickly.	1	2	3	4	5	6	7	35. Feeling pressure from the insurance company agent to return to work quickly.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negri, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-MSD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

7

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	1			2	3	4	5	6		
36. Your immediate supervisor's lack of knowledge about the return-to-work process of employees with musculoskeletal problems.	1	2	3	4	5	6	7	36. Your immediate supervisor's lack of knowledge about the return-to-work process of employees with musculoskeletal problems.	1	2	3	4	5	6	7
37. Difficulties handling job demands and family obligations at the same time.	1	2	3	4	5	6	7	37. Difficulties handling job demands and family obligations at the same time.	1	2	3	4	5	6	7
38. Fear of no longer having all the skills and abilities needed to perform at your job.	1	2	3	4	5	6	7	38. Fear of no longer having all the skills and abilities needed to perform at your job.	1	2	3	4	5	6	7
39. Difficulties thinking, reflecting and making decisions like you could before the occurrence of your musculoskeletal problem.	1	2	3	4	5	6	7	39. Difficulties thinking, reflecting and making decisions like you could before the occurrence of your musculoskeletal problem.	1	2	3	4	5	6	7
40. Difficulties getting information from your insurance company about your sick leave (e.g., amount and duration of payments).	1	2	3	4	5	6	7	40. Difficulties getting information from your insurance company about your sick leave (e.g., amount and duration of payments).	1	2	3	4	5	6	7
41. Your immediate supervisor's lack of availability to give you feedback on your work.	1	2	3	4	5	6	7	41. Your immediate supervisor's lack of availability to give you feedback on your work.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negri, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-MSD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale* (BECES) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

8

Part A) DO YOU SEE THE ITEM BELOW AS AN OBSTACLE TO YOUR RETURN TO WORK?	1. Not an obstacle						7. Big obstacle	Part B) HOW CAPABLE DO YOU FEEL OF OVERCOMING THIS OBSTACLE?	1. Not at all capable						7. Completely capable
	2	3	4	5	6	2			3	4	5	6			
42. Family obligations (dependent relative or child).	1	2	3	4	5	6	7	42. Family obligations (dependent relative or child).	1	2	3	4	5	6	7
43. Your co-workers' indifference to your return to work.	1	2	3	4	5	6	7	43. Your co-workers' indifference to your return to work.	1	2	3	4	5	6	7
44. Feeling pressure from your immediate supervisor to be more productive as soon as you return to work.	1	2	3	4	5	6	7	44. Feeling pressure from your immediate supervisor to be more productive as soon as you return to work.	1	2	3	4	5	6	7
45. Being overloaded the first few days after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7	45. Being overloaded the first few days after returning to work.	1	2	3	4	5	6	7
46. Lack of support from your co-workers when you return to work.	1	2	3	4	5	6	7	46. Lack of support from your co-workers when you return to work.	1	2	3	4	5	6	7

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-MSD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale (BECES)* (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

9

**Table 1.** Information for clinicians – Scores Calculation

Dimensions	Items	Mean score for each dimension (two parts separated)	
		Part A) Obstacle perception	Part B) Self-Efficacy to overcome the obstacle
		Total item score ÷ number of items	Total item score ÷ number of items
Fears of a relapse	1, 11, 24, 32	...	...
Cognitive difficulties	2, 12, 39	...	...
Medication-related difficulties	3, 13, 29	...	...
Job demands	4, 14, 22, 25, 28, 38, 45	...	...
Feeling of organizational injustice	5, 15, 30, 34	...	...
Difficult relation – immediate supervisor	6, 16, 21, 31, 36, 41, 44	...	...
Difficult relations – co-workers	7, 19, 23, 27, 33, 43, 46	...	...
Difficult relations – insurance company	8, 17, 35, 40	...	...
Difficult work/life balance	9, 18, 37, 42	...	...
Loss of motivation to return to work	10, 20, 26	...	...

© Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2016); ROSES-MSD, adaptation from the questionnaire *Barriers to Employment and Coping Efficacy Scale (BECES)* (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004)

10

Dimensions of the ROSES	Perceived obstacles							Self-Efficacy						
<b>Fears of relapses</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>Cognitive difficulties</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Medication-related difficulties	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>Job demands</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>Feeling of organizational injustice</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
<b>Difficult relation – immediate supervisor</b>	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Difficult relations – co-workers	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Difficult relations – insurance company	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Difficult work/life balance	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Loss of motivation to return to work	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Problematic range – CMD  
 Problematic range – MSD  
 General problematic range – CMD  
 General problematic range – MSD

Dimensions that significantly predict Return-to-Work are in bold.

**Figure 1.** Information for clinicians – Scores Interpretation

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE ROSES



Montreal, December 22, 2020

Jaqueline Marques Muller, PhD student

Andrea Pesca

Narbal Silva, Advisor

Andréa Duarte Pesca, Co-advisor

**Object: Permission for translation in Portuguese –Return to Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES)**

Dear Colleagues

After communication, I give you the permission to translate the ROSES in Portuguese by following the rigor steps of the back translation. Then, as you suggested, we will participate in the validation of the ROSES in Portuguese by administering the tool to people speaking in Portuguese with common mental disorders or musculoskeletal disorders, registered in a return to work process. The goal is to publish a scientific paper – including the Portuguese team as well as Alessia Negrini and Marc Corbière from Canada as co-authors – to demonstrate the validation of the ROSES in Portuguese. The copyright of the tool must be respected as follows: © Corbière, Negrini, Durand, St-Arnaud, Briand, Fassier, Loisel, & Lachance (2017). This copyright will be mentioned on each page of the ROSES and will be followed by the sentence *translated by the Brazil/Portuguese/Canadian team (Marquez, J., Pesca, A., Silva, N., Duarte Pesca, A., Negrini, A., Corbière, M.)*. Finally, when translated in Portuguese, the ROSES will not be used for commercial/financial interests in Brazil or Portugal.

Please confirm (all listed names listed above) by email that you accept this agreement.

Best regards,

Marc Corbière, Ph.D., c.o.

Professeur titulaire en counseling de carrière, Département d'éducation et pédagogie, UQÀM,

Professeur externe, Département de psychologie, UQÀM,

Chercheur régulier, Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal

Titulaire de la Chaire de recherche en santé mentale et travail

[www.santementaletravail.ca](http://www.santementaletravail.ca)

Courriel : [corbiere.marc@uqam.ca](mailto:corbiere.marc@uqam.ca)

Tél : 514 987 3000 poste 5574

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Adaptação e validação de Return-to-work Obstacles and Self-efficacy Scale (ROSES) para o contexto brasileiro

**Pesquisador:** Narbal Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 48423121.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.937.164

#### Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores em "Informações básicas do projeto":

Este projeto de doutorado tem como objetivo adaptar e validar Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) de Corbière et al. (2017) para o contexto brasileiro. O estudo será realizado com trabalhadores afastados do trabalho por transtornos mentais comuns (TMC) ou lesões musculoesqueléticas (LME) e em processo de retorno para o trabalho. Para a validação de ROSES, será realizada a adaptação transcultural e a investigação de evidências de validade de conteúdo, semântica e de precisão do instrumento. Por fim, pretende-se identificar correlações entre as variáveis do perfil do trabalhador e a Escala ROSES/Português.

**Metodologia Proposta:** A pesquisa será de natureza descritiva, aplicada, de abordagem quantitativa, levantamento de dados de corte transversal, por meio da mensuração do fenômeno. Pretende-se descrever as características da autoeficácia e suas relações com o contexto do retorno para o trabalho, ampliando a compreensão de suas respectivas dimensões e formas de mensuração no contexto brasileiro, caracterizando o método descritivo de pesquisa (Sampieri, Fernández-Collado, & Lucio, 2013). O delineamento conduzirá ao uso de fontes primárias e de procedimentos estatísticos necessários e suficientes ao exame de dados coletados, tendo em vista os objetivos da pesquisa (Cozby, 2003). Os procedimentos metodológicos de seu

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.937.164

desenvolvimento, serão divididos em duas etapas: (a) adaptação do Return-to-Work Obstacles and SelfEfficacy Scale (Corbière et al., 2017) para o idioma português corrente no Brasil e investigação de evidências de validade de conteúdo e semântica e (b) investigação de evidências de validade da estrutura interna e confiabilidade do instrumento adaptado. Quanto aos participantes, para o processo de tradução do instrumento, serão convidados três profissionais especialistas em Psicologia do Trabalho e/ou Psicometria, brasileiros, com domínio fluente do idioma inglês. Na validade de construto, o estudo piloto contará com a participação de 10 trabalhadores afastados do trabalho em processo de retorno ao trabalho, dos quais cinco se encontrarão afastados do trabalho por transtornos mentais comuns (TMC) e cinco por lesões musculoesqueléticas (LME), sendo necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a segunda etapa do estudo (etapa quantitativa), serão utilizados os resultados de participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa. O processo de seleção dos participantes será não probabilístico por conveniência (Cozby, 2003; Creswell, 2010). O tamanho da amostra será calculado de acordo com Hair, Anderson, Tatham, & Black (2005), para atender os critérios de realização das análises fatoriais, deve ter proporção de dez respondentes para cada item do questionário, o que significa trabalhar com 460 respondentes. Para ter acesso aos participantes do estudo, pretende-se adotar as seguintes estratégias: 1. Serviços de atenção ao trabalhador tais como os CEREST's (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), sindicatos de diversas categorias profissionais entre outros locais, assim como profissionais da área de saúde do trabalhador serão contatados para indicações de pesquisados e divulgação da pesquisa; 2. Serão convidados a participar do processo de divulgação da pesquisa, pesquisadores no âmbito nacional, em especial os coordenadores e integrantes dos laboratórios de pesquisa relacionados a "organizações e trabalho" existentes nas cinco regiões do Brasil; 3. Também se espera que os contatados para responder esta pesquisa possam fazer indicações de outros possíveis potenciais pesquisados, o que comumente é denominado de "efeito bola de neve". Os pesquisados em geral poderão ser contatados via e-mail, telefone, WhatsApp, além de outros recursos de comunicação virtual. Observe-se, no entanto, que os convites presenciais (face a face) também poderão ser feitos, para a potencial participação de pesquisados na pesquisa, a qual será de natureza online.

Critério de Inclusão: (1) estar ausente do trabalho devido a TMC ou LME; (2) manter uma relação de trabalho com o mesmo empregador de antes da licença médica; (3) idade mínima de 18 anos; (4) residir no território nacional brasileiro.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.937.164

**Critério de Exclusão:** (1) trabalhadores autônomos; (2) trabalhadores que não trabalhavam no momento do diagnóstico (TMC ou LME); (3) trabalhadores com diagnóstico de deficiência intelectual ou deficiência cognitiva importante; (4) aposentados que não estão em processo de retorno ao trabalho, como aposentados ou segurados por invalidez permanente.

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os pesquisadores em "Informações básicas do projeto":

**Objetivo Primário:** Adaptar e validar Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) de Corbière et al. (2017) para o contexto brasileiro.

**Objetivo Secundário:** •Analisar por meio de revisão integrativa da literatura as publicações acerca do construto autoeficácia para o retorno ao trabalho; •Realizar adaptação transcultural e investigar evidências de validade de conteúdo e semântica de ROSES; •Identificar evidências de precisão do instrumento; •Identificar correlações entre as variáveis do perfil do trabalhador e a Escala ROSES/Português.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores em "Informações básicas do projeto":

**Riscos:** Os riscos e desconfortos decorrentes desta pesquisa são considerados mínimos, ou seja, o mesmo risco que se tem em atividades rotineiras como conversar, ler, etc. Entretanto, os riscos mínimos e os desconfortos podem eventualmente gerar timidez pelo teor de algumas questões, constrangimento, lembranças e sentimentos negativos, aborrecimento ou fadiga. Há possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em qualquer pesquisa ou decorrente dela. Caso haja danos decorrentes dos riscos e desconfortos previstos, a pesquisadora responsável assumirá a responsabilidade pelos mesmos. Para o caso de haver necessidade, a pesquisadora se disponibilizará a garantir o acesso ao apoio psicológico, com fins de evitar qualquer tipo de prejuízo emocional. Além disso, conforme descrito na Resolução já citada (nº 510/2016), o pesquisador responsável, percebendo qualquer risco ou danos significativos ao participante da pesquisa, previstos ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comunicará o fato ao Sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.937.164

Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e avaliará a necessidade de adequar ou suspender o estudo, verificando inclusive a necessidade de o pesquisador indenizar o participante.

Benefícios: Com relação aos benefícios, de acordo com a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, do CNS, este estudo poderá fornecer benefício indireto e posterior ao participante, além de contribuir para o desenvolvimento da ciência e para explorar recursos psicológicos ao estudar a autoeficácia no contexto de retorno para o trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de doutorado, submetido pelo orientador.

Segunda versão, em resposta a pendências.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As inadequações verificadas na primeira submissão foram devidamente sanadas pelo pesquisador.

**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_1742239.pdf	31/07/2021 20:20:00		Aceito
Outros	Resposta_CEPSH.docx	31/07/2021 20:19:12	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_atual.pdf	31/07/2021 20:18:15	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.doc	31/07/2021 20:17:47	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.937.164

Ausência	TCLE.doc	31/07/2021 20:17:47	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito
Outros	Questionario_perfil.pdf	21/06/2021 18:50:01	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado.pdf	21/06/2021 18:25:18	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito
Outros	ROSES_MSD.pdf	21/06/2021 11:47:44	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito
Outros	ROSES_CMD.pdf	21/06/2021 11:47:12	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito
Outros	Letter_agreement_Translation_ROSES_ MCorbiere_Dec22_2020.pdf	21/06/2021 11:45:36	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	21/06/2021 11:44:20	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atual_assinado_14062021_assin ado.pdf	21/06/2021 11:43:18	JAQUELINE MARQUES MULLER	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 27 de Agosto de 2021

Assinado por:  
**Luciana C Antunes**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br