



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ZELMA MIRIAM BARBOSA GUIMARÃES**

**QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES COM  
DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES EM SALVADOR**

**Salvador  
2013**

**ZELMA MIRIAM BARBOSA GUIMARÃES**

**QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES COM DISTÚRBIOS  
OSTEOMUSCULARES EM SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem.

Área de concentração: Gênero; Cuidado e Administração em Saúde.

Linha de pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Igor Gomes Menezes

Salvador  
2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,  
SIBI - UFBA

G963 Guimarães, Zelma Miriam Barbosa

Qualidade de vida de trabalhadores com distúrbios  
osteomusculares em Salvador / Zelma Miriam Barbosa Guimarães  
– Salvador, 2013.

139 f.

Orientadora: Prof. Dr. Igor Gomes Menezes

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.  
Escola de Enfermagem, 2013.

1. Qualidade de vida. 2. Doenças dos Ossos 3. Trabalhadores.  
I. Menezes, Igor Gomes. II. Universidade Federal da Bahia. III.  
Título.

CDU 616.71-002

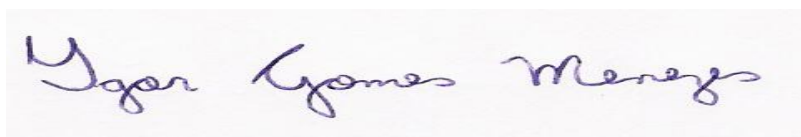
**ZELMA MIRIAM BARBOSA GUIMARÃES**

**QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES COM DISTÚRBIOS  
OSTEOMUSCULARES EM SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem. Área de concentração: Gênero; Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 28 de junho de 2013.

**Banca Examinadora**



**Igor Gomes Menezes**

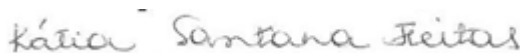
Doutor em Psicologia, Professor da Universidade Federal da Bahia

**Cláudia Geovana Pires**



Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

**Kátia Santana Freitas**



Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

**Fernanda Carneiro Mussi- Suplente** \_\_\_\_\_

Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

## DEDICATÓRIAS

A meus pais, Gonçalo e Zelia.

A minha avó Maria (*In memoriam*).

Aos meus irmãos Silvio e Paulo.

Ao meu amor Beg.

Aos meus filhos, Tiago e Mateus.

A minha nora Carol.

Ao meu neto Pedro.

A todos os trabalhadores que não fizeram da limitação física e emocional um obstáculo e colaboraram para a realização do estudo.

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Igor Gomes Menezes, pela orientação deste trabalho por ter acreditado em mim e pelo aprendizado proporcionado.

À Enfermeira Gilmara Rodrigues, minha mentora.

À Professora Doutora Cristina Maria Meira de Melo, pelos momentos de reflexão.

Às Professoras Doutoradas Maria Enoy Neves Gusmão e Fernanda Carneiro Mussi, pelas contribuições durante a qualificação.

Às Professoras Doutoradas Fernanda Carneiro Mussi, Kátia Santana Freitas e Claudia Geovana Pires por terem aceitado o convite para participar da banca examinadora.

À Professora Doutora Nanci Franco, pelo apoio inestimável nessa trajetória.

À Fisioterapeuta Kátia Pugliase, pela disponibilidade.

À Fisioterapeuta Maria Cláudia Lyra e colegas, pela atenção.

Ao Sindicato dos Bancários, principalmente a Nadir e ao Sr. José Alberto Barberino (*in memoriam*), pelo acolhimento.

À Diretora do Serviço Médico Universitário Rubem Braga (SMURB), Enfermeira Maria Luiza Dias dos Santos, pela receptividade.

A Fabiane Silva de Almeida e Amarilda Oliveira Santos, do SMURB, pela colaboração.

A Angela Matta do Sindicato dos Trabalhadores em Empresas e Órgãos Públicos de Processamento de Dados (SINDADOS), pela gentileza.

Às recepcionistas do Ambulatório Magalhães Neto, Kátia Melo dos Santos Reis e Lisiane Santos Soares, pelo carinho.

A Magali Teresópolis e Diorlene Oliveira, pelas valiosas contribuições na análise de dados.

Às minhas amigas, Norma Freitas e Walquiria Franco, e Rivaldina Mendes pela paciência.

A Samuel Real Mota, da Pós-Graduação de Enfermagem da UFBA, pela atenção e paciência.

À Professora Edméia Coelho, por me acolher com atenção e entender o momento difícil e os problemas ocorridos no período.

À Enfermeira Monalisa Sant'Anna, por entender a minha ausência necessária.

A Coordenadora de Enfermagem do Ambulatório Magalhães Neto, pelas liberações preciosas.

A Fernando Oliveira, Constância de Sousa, pelas contribuições valiosas, e a Maria José Bacelar, pela paciência na correção gramatical e normalização.

## RESUMO

GUIMARÃES, Zelma Miriam Barbosa. **Qualidade de vida de trabalhadores com distúrbios osteomusculares em Salvador**. 2013. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

A qualidade de vida tem se tornado um tema importante na sociedade atual e muito discutido nas últimas décadas. Constitui-se em objetivo geral da pesquisa: analisar o nível de qualidade de vida de pessoas com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em Salvador antes e após os distúrbios. Estudo de corte transversal, quantitativo, não experimental, realizado em ambulatórios, clínicas de fisioterapia, serviço médico e centro de atenção à saúde do trabalhador. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a Escala de Qualidade de vida para Portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Realizado teste t e Análise de Variância para avaliar se houve diferença nas dimensões de qualidade de vida entre os grupos e a regressão linear para testar o poder preditivo das variáveis quantitativas. Adotou-se o nível de significância estatística de 5%. A amostra foi constituída de 212 trabalhadores. Quanto ao local da coleta, predominou um ambulatório Federal; a média de idade foi de 46,4 anos; predominaram mulheres, estado civil casados e o nível médio completo de escolaridade; a renda mensal entre 1 a 3 salários mínimos; a jornada de trabalho mais de 40 horas; 12,4 anos na função que causou os distúrbios e 2,4 anos o tempo médio que procuraram atendimento médico após os sintomas; 3,4 anos afastados do trabalho e 3,7 anos a quantidade de afastamentos. A ocupação predominou escriturário, os diagnósticos a Síndrome Túnel do Carpo, problemas de saúde adquiridos após os distúrbios, a depressão; e o tratamento que realizam após os distúrbios é o não medicamentoso. Na análise geral do construto, foi verificado que a média de qualidade de vida piorou após os distúrbios para todos os domínios ( $p < 0,001$ ). Este resultado demonstra a sensibilidade da escala em detectar mudanças de qualidade de vida. Verificou-se que os homens (4,18, DP=0,63) possuem uma média de qualidade de vida inferior às mulheres (4,03, DP=0,50). A variável renda, na dimensão psicológica, apresentou diferença significativa ( $p < 0,005$ ). Comparações *post hoc* com o teste de Tukey mostraram que os trabalhadores com renda de até 1 salário mínimo (5,03, DP=0,93) possuem qualidade de vida inferior aos com renda entre 3 a 6 salários mínimos (4,49, DP=0,90). Na análise de regressão simples, nenhuma das variáveis apresentou correlação significativa. Concluiu-se que o nível de qualidade de vida apresenta diferenças significantes em todos os domínios entre o antes e o após os distúrbios osteomusculares.

**Palavras-chave:** Transtornos traumáticos cumulativos. Qualidade de vida. Trabalhadores.

## ABSTRACT

GUIMARÃES, Zelma Miriam Barbosa. **The quality of life of workers with musculoskeletal disorders in Salvador**. 2013. 139 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

Quality of life has become a major theme in today's society, been much discussed in the last decades. Constitutes the primary objective of this research analyzing the quality of life of the people with work-related musculoskeletal disorder in Salvador before and after the disorders. This is a cross-section research, quantitative, non-experimental, that was held at outpatient clinics, physical therapy offices, a medical service and a worker's health care facility. The instrument used for data collection was the Scale of Quality of Life for People with Work-Related Musculoskeletal Disorders. The data was analyzed by descriptive and inferential statistics. The t test and the Variance Analysis were realized in order to evaluate if there were differences in the dimensions of the quality of life between groups, and the linear regression to test the predictive power of quantitative changes. The level of significance adopted was 5%. The sample was composed by 212 workers. As a data collection location, a federal outpatient clinic was dominant; the average age was 46,4 years old; mainly women, married and high-school graduates; income between 1 to 3 minimum wages; worked weekly with over 40 work-hours; 12,4 years working in the job that caused DORT and the average time length from the appearance of the symptoms to seek medical assistance was 2,4 years; they were withdraw from their work activities for about 3,4 years; the amount of licenses among workers due to doctors' orders was 3,7 years. The primary occupation was bank office clerk, followed by bank cashier, diagnoses the Carpal Tunnel Syndrome, concerning the illnesses acquired after the disorder, depression was most found; and they took not-drug related treatment. In the general overview of the survey, the average quality of life worsen significantly after the musculoskeletal disorders to all the domains ( $p < 0,001$ ), which convey the scale's sensibility in detecting variables in quality of life. It was verified that men (4,18, DP= 0,63) have a lower average of quality of life than women (4,03, DP= 0,50). The variable income in the psychological aspect made significant difference ( $p < 0,005$ ). Comparisons *post hoc* with the Tukey test revealed that minimum wage participants (5,03, DP=0,93) have a quality of life significantly lower than of those with 3 to 6 times the minimum wage income (4,49, DP=0,90). In the simple regression analysis, none of the variables presented any significant correlation. Therefore, it is safe to conclude that the quality of life presents significant differences verified in all domains before and after of the musculoskeletal disorders.

**Key words:** Cumulative traumatic disorders. Quality of life. Workers.



## RESUMEN

GUIMARÃES, Zelma Miriam Barbosa. **Calidad de vida de los Trabajadores con disturbios osteomusculares en Salvador**. 2013. 139 f. Dissertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de la Bahia, Salvador, 2013.

La calidad de vida se ha transformado en un tema importante en la sociedad actual y, en las últimas décadas, muy discutida. El objetivo general de esta investigación es analizar el nivel de la calidad de vida de las personas con disturbios osteomusculares relacionados con el trabajo, en Salvador, antes y después de los disturbios. Estudio de enfoque transversal, cuantitativo, no experimental, realizado en ambulatorios, clínicas de fisioterapia, servicios médicos y centros de atención a la salud del trabajador. Para la recolecta de datos fue utilizada la Escala de Calidad de vida para Portadores de Disturbios Osteomusculares Relacionados con el Trabalho. Los datos fueron analizados a través de la estadística descriptiva y de inferencia. Fue realizado el teste t y Análisis de Varianza para evaluar se hubo diferencia en las dimensiones de calidad de vida entre los grupos y la regresión lineal para testar el poder predictivo de las variables cuantitativas. Se adoptó el nivel de significancia estadística de 5%. La muestra estuvo constituida por 212 trabajadores. Cuanto al local de la recolecta, predominó un ambulatorio Federal; el promedio de edad fue de 46,4 años; Hubo predominio de mujeres, con estado civil de casado y con secundario completo; renta mensual entre 1 a 3 sueldos bases; jornada de trabajo con más de 40 horas; 12,4 años en la función que originó los disturbios y un tiempo promedio de 2,4 años, después de los síntomas, para buscar atención médica; 3,4 años alejados del trabajo y 3,7 años la cantidad de ausencias. La ocupación predominante fue la de oficinista bancario y caja bancario, los diagnósticos: la Síndrome del Túnel Carpiano, problemas de salud adquiridos después de los disturbios, a depresión; y, el tratamiento que realizan después de los disturbios es el no medicamentoso. En el análisis general del constructo, fue verificado que el promedio de calidad de vida empeoró después de los disturbios en todos los ámbitos ( $p < 0,001$ ), este resultado demuestra la sensibilidad de la escala para detectar cambios de calidad de vida. Se verificó que los hombres (4,18, DP=0,63) poseen un promedio de calidad de vida inferior a las mujeres (4,03, DP=0,50) La variable renta, en la dimensión psicológica, presentó diferencia significativa ( $p < 0,005$ ). Comparaciones *post hoc*, con el test de Tukey, mostró que los trabajadores con renta hasta 1 sueldo base (5,03, DP=0,93) poseen calidad de vida inferior a los de renta entre 3 a 6 sueldos base (4,49, DP=0,90). En el análisis de regresión simple, ninguna de las variables presentó correlación significativa. Se concluye que el nivel de calidad de vida presenta diferencias significativas para todos los ámbitos entre el antes y el después de los disturbios osteomusculares.

**Palabras clave:** Trastornos traumáticos acumulativos. Calidad de vida. Trabajadores.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Domínio Funcional	35
Quadro 2	Domínios do Bem-Estar	35
Quadro 3	Evolução do Conceito de QVT	42
Quadro 4	Síntese de Conceitos Apresentados sobre Qualidade de Vida no Trabalho	46
Quadro 5	Categorização dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida	61
Quadro 6	Síntese dos Instrumentos Genéricos	67
Quadro 7	Síntese dos Instrumentos Específicos	71
Quadro 8	Síntese dos Instrumentos Específicos para Distúrbios Osteomusculares	75
Quadro 9	Descrição dos domínios de QV e itens da Eqv-DORT	83
Gráfico 1	Caracterização dos trabalhadores por local onde foi realizada a coleta de dados – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	85
Gráfico 2	Caracterização dos trabalhadores por problemas adquiridos após o diagnóstico para os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	89

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográficos dos trabalhadores (n=212) com DORT – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	86
Tabela 2	Caracterização dos trabalhadores quanto ao número de funcionários na empresa em que o entrevistado trabalha/trabalhava – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	87
Tabela 3	Caracterização dos trabalhadores por ocupação conforme a CBO – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	88
Tabela 4	Caracterização dos trabalhadores por diagnósticos para as síndromes osteomusculares relacionados ao trabalho – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	88
Tabela 5	Caracterização dos trabalhadores em relação aos tratamentos que realizam após os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	89
Tabela 6	Caracterização dos trabalhadores por escores das médias das diferenças da qualidade de vida em relação aos domínios físico, psicológico, social e geral, antes e após os DORT – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	90
Tabela 7	Resultado da One Way ANOVA para grupos Independentes para a variável renda em relação a variável dependente o domínio geral, físico, social, psicológica – Salvador, Bahia – nov/abr. 2012	92
Tabela 8	Resultado do <i>post hoc</i> Teste Tukey para a variável renda– Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	92
Tabela 9	Resultado do <i>post hoc</i> Teste Tukey para a variável jornada de trabalho e dimensão psicológica, física e social– Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	94
Tabela 10	Análise de regressão linear para variável tempo para buscar atendimento após inicio dos sintomas da DORT como fator preditivo na dimensão geral, física, psicológica e social de qualidade de vida – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	95
Tabela 11	Análise de regressão linear para variável quantidade de afastamento por ordem médica como fator preditivo na dimensão geral, física, psicológica e social de qualidade de vida – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	96

Tabela 12	Caracterização dos trabalhadores (n=212) quanto à responsabilidade financeira – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	125
Tabela 13	Resultados das Médias e desvio padrão do tempo de serviço na função que causou DORT, tempo de afastamentos da empresa (Atestado médico) e quantidade de afastamentos por ordem médica – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	125
Tabela 14	Resultado do Test t para grupos independentes para a variável sexo em relação ao domínio geral, físico, psicológico e social – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	126
Tabela 15	Resultado do Test t para grupos independentes para a variável filhos em relação ao domínio geral, físico, psicológico e social – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	126
Tabela 16	Resultado do teste t para a variável estudar/não estudar em relação ao domínio geral, físico, psicológico e social – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	126
Tabela 17	Resultado do Test t para grupos Independentes para a variável benefício do INSS – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	127
Tabela 18	Resultado da One Way ANOVA para grupos Independentes para a variável escolaridade – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	127
Tabela 19	Resultado da <i>One Way</i> ANOVA para grupos independentes variável estado civil em relação ao domínio geral, físico, psicológico e social – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	128
Tabela 20	Resultado da <i>One Way</i> ANOVA para grupos independentes variável responsabilidade financeira em relação a variável dependente o domínio geral, físico, psicológico e social – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	128
Tabela 21	Resultado do <i>One Way</i> ANOVA para grupos independentes para a variável número de funcionários da empresa em que trabalha/trabalhava – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	129
Tabela 22	Resultado do <i>One Way</i> ANOVA para grupos independentes para a variável jornada de trabalho da empresa em que trabalha/trabalhava – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	129

Tabela 23	Análise de regressão linear para a variável idade como fator preditivo na dimensão geral, física, psicológica e social de qualidade de vida – Salvador, Bahia – nov./abr 2012	130
Tabela 24	Análise de regressão linear para variável Tempo de Serviço como fator preditivo na dimensão geral, física, psicológica e social de qualidade de vida – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012	130

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AAQOL	<i>Adult ADHD Quality of Life Questionnaire</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Atestado Médico
AMN	Ambulatório Magalhães Neto
ANOVA	Análise de Variância
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Cerebral Encefálico
BSI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
Cesat	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIUO	Classificação Internacional Uniforme de Ocupações
COM-HUPES	Complexo Universitário Professor Edgard Santos
CRP	Centro de Reabilitação Profissional no Brasil
DASH	<i>Disabilities of the Arm Shoulder and Hand Questionnaire</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionado ao Trabalho
DP	Desvio Padrão
DQOL- Brasil	<i>Diabetes Quality of Life Measure – Brasil</i>
EORTC-QLQ-C30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire</i>
et al.	e outros
GL	Grau de liberdade
EQV-DORT	Escala de Qualidade de Vida Para Portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IN	Instrução Normativa
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IRC	Insuficiência Renal Crônica
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
KDQOL-SF	<i>Kidney Disease and Quality of Life Short Form</i>
KMO	<i>Kaiser- Meyer- Olkin</i>
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
NIM	Núcleo de Instrumentos e Medidas
NMQ	<i>Nordic Musculoskeletal Questionnaire</i>
MMSS	Membros Superiores
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
NIM	Núcleo de Instrumentos e Medidas
NHP	<i>Notingham Health Profile</i>
NUSAT	Núcleo de Saúde do Trabalhador
ODI	<i>Owesrtry Disability Index</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDQ	<i>Pain Disability Questionnaire</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PROFIT-LER	Programa de Fisioterapia a Trabalhadores – Lesão por Esforço Repetitivo
PSS	<i>Penn Shoulder Score</i>
QBPO	<i>Quebec Back Pain Disability Questionnaire</i>
QLI	<i>Ferrans and Powers of Life Index</i>
QM	Quadrado médio
QVLS	Qualidade de Vida Ligada à Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RPG	<i>Reeducação Postural Global</i>
RSI	<i>Repetitive Strain Injury</i>

SAQ	<i>Seattle Angina Questionnaire</i>
SAT	Seguro de Acidentes de Trabalho
SA-QLI	<i>Spitzer Quality of Life Index</i>
Sebrae	Serviço Brasileiro de Apoio a Empresas
Sesab	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
SHORT-FORM-36	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey</i>
SOLDQ	<i>Seattle Obstructive Lung Questionnaire</i>
SM	Salário Mínimo
SS-QOL	<i>Stroke Specific Quality of Life Scale</i>
SPADI	<i>Shoulder Pain and Disability Index</i>
SPSS	<i>Statistical Package of Social Sciences</i>
SQ	Soma de Quadrados
STATA	<i>Data Analyses and Statistical Software</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UFBA	Universidade Federal da Bahia
WMSD	<i>Work Related Musculoskeletal Disorders</i>
WORC	<i>Western Ontario Rotato Cuff Index</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument</i>
WHOQOL-Bref	<i>World Health Organization Quality of Life-Bref</i>
WHOQOL-HIV/Aids	<i>World Health Organization Quality of Life-Human Immunodeficiency Virus</i>
WHOQOL-SRPB	<i>World Health Organization Quality of Life-Spirituality Religiousness and Personal Beliefs</i>
WHOQOL Group	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>
WHOQOL-OLD	<i>World Health Organization Quality of Life-old</i>



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	27
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	31
2.1	QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS	31
2.2	QUALIDADE DE VIDA E TRABALHO	38
<b>2.2.1</b>	<b>Principais enfoques sobre a Qualidade de Vida no Trabalho</b>	39
2.3	DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT)	47
2.4	INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	57
<b>2.4.1</b>	<b>Tipos de instrumentos</b>	60
<b>2.4.2</b>	<b>Categorização dos instrumentos</b>	60
<b>2.4.3</b>	<b>Instrumentos genéricos</b>	61
<b>2.4.4</b>	<b>Instrumentos específicos</b>	68
<b>2.4.5</b>	<b>Instrumentos específicos para os distúrbios osteomusculares</b>	72
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	77
3.1	TIPO DE ESTUDO	77
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	77
3.3	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	77
<b>3.3.1</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	78
3.4	PRODUÇÃO DOS DADOS	78
<b>3.4.1</b>	<b>Construção do instrumento</b>	78
<b>3.4.2</b>	<b>Desenvolvimento da pesquisa qualitativa</b>	79
<b>3.4.3</b>	<b>Consolidação da versão operacional do Eqv-DORT</b>	79
<b>3.4.4</b>	<b>Validade do construto</b>	80
3.5	COLETA DE DADOS	81
3.6	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	82
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	83
3.8	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	84

<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS</b>	85
4.1	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA	85
4.2	ANÁLISE DO CONSTRUTO QUALIDADE DE VIDA	90
4.3	ANÁLISES DE REGRESSÃO	95
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	97
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	107
	<b>REFERÊNCIAS</b>	111
	<b>APÊNDICE A – TABELAS</b>	125
	<b>ANEXO A - MATRIZ DE ESPECIFICAÇÕES EQV-DORT</b>	131
	<b>ANEXO B – TCLE UTILIZADO NA COLETA DE DADOS</b>	134
	<b>ANEXO C – INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DOS DADOS</b>	135
	<b>ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	138

## 1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV), construto complexo, por envolver vários aspectos e por ser caracterizada de formas distintas e com base em diferentes perspectivas teóricas, tem se tornado um tema importante na sociedade atual, sendo muito discutida nas últimas décadas. Embora não seja um tema recente, a sua conceituação é dificultada pelo fato de conter aspectos subjetivos e por tratar da percepção a respeito de como o indivíduo avalia o seu estado de saúde-doença (FLECK, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004).

Pode-se ressaltar que a qualidade de vida está relacionada à forma como o indivíduo se aceita ou se reconhece no dia a dia, em face das atividades desenvolvidas no nível social, na formação profissional e nas diferentes dimensões da sua vida, sejam elas físicas, sociais, psicológicas e ambientais.

Por ser utilizado com frequência por filósofos, sociólogos e cientistas e, no cotidiano, por jornalistas, pessoas da população e profissionais de diversas áreas, tornou-se um termo genérico. A complexidade da natureza da qualidade de vida é ressaltada por Kimura e Silva (2009, p. 1099), ao afirmarem: “[...] na literatura específica observa-se que qualidade de vida se trata de um conceito complexo, que admite uma diversidade de significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para medida do conceito.” Mendes e Leite (2008) concordam com tal perspectiva, quando afirmam que o conceito de QV é extremamente abrangente, variando de indivíduo para indivíduo e depende dos objetivos, das expectativas e dos projetos de vida de cada pessoa.

Um dos conceitos mais abrangentes sobre qualidade de vida, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), assim a define: “[...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997, p. 3).

A definição apresentada pelo WHOQOL confirma a abrangência do construto, ao passo que tal definição demanda o conhecimento de uma série de outros conceitos para a sua caracterização. Envolve, principalmente, a subjetividade, no tocante à percepção da pessoa sobre sua vida e seu estado de saúde. Também a multidimensionalidade, que se deve entender na qualidade de vida, está relacionada às suas diferentes dimensões, sejam estas físicas, sociais, emocionais, psicológicas e ambientais (FLECK et al., 1999).

De modo geral, são identificadas duas tendências na conceituação de qualidade de vida: um conceito genérico e outro ligado à saúde. Quando a referência é a QV de modo global, trata-se

de uma definição mais ampla, sem fazer menção a disfunções ou agravos. Contudo, quando a qualidade de vida está relacionada à saúde, engloba dimensões específicas do estado de saúde.

Os diferentes conceitos de qualidade de vida refletem-se diretamente na grande quantidade de instrumentos de pesquisa que têm sido desenvolvidos para a investigação do construto. Em 1944, por exemplo, já existiam mais de 150 questionários para o estudo da qualidade de vida.

Historicamente, tem sido comum o desenvolvimento de medidas genéricas, que avaliam a qualidade de vida da população em geral. Tais medidas buscam realizar comparações entre algumas patologias, porém não avaliam aspectos específicos, como o estudo de particularidades relacionadas a uma doença ou a um determinado perfil populacional. Daí a necessidade da construção de medidas específicas, que avaliem, de forma individual, os aspectos particulares de uma função ou de um segmento da uma população (idosos, crianças e adolescentes) ou de uma doença como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

Os distúrbios osteomusculares apresentam como característica a sua origem multifatorial e insidiosa, havendo inúmeros elementos envolvidos na sua origem, tais como fatores físicos, psicológicos e sociais. Os DORT caracterizam-se por dor crônica e afetam músculos, tendões e nervos periféricos, principalmente em membros superiores (MMSS), e têm analogia com as exigências das tarefas e a organização do trabalho. Na sua forma clínica, são as síndromes: sinovites e tenossinovites, tendinite, “dedo em gatilho”, epicondilite, túnel do carpo, radiculopatia, dorsalgia, cervicalgia (BRASIL, 2001).

Os DORT representam um dos maiores problemas do trabalho, independentemente do grau de industrialização, atingindo várias categorias profissionais. Têm como fatores de risco a repetição constante de movimentos, a utilização inadequada de força muscular e as posturas inadequadas, assim como fatores organizacionais e psicossociais aliados a jornadas de trabalho prolongadas e ambiente social de trabalho inadequado.

A proposta de investigação deste estudo é analisar e identificar os domínios de qualidade de vida afetados dos trabalhadores com distúrbios osteomusculares, antes e após os DORT.

A escolha deste objeto de estudo tem como base a minha prática diária como coordenadora de enfermagem em um serviço de atendimento ambulatorial, liderando profissionais com suas peculiaridades e limitações funcionais. Além disso, este estudo foi motivado por um projeto de pesquisa mais amplo: Construção, Validação e Padronização da Escala de Qualidade de Vida para Portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (EQV-DORT), fruto de uma parceria com o Núcleo de Instrumentos e Medidas

(NIM) e o Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PGENF-UFBA), financiado pelo Ministério da Saúde.

Sendo assim, a questão que norteia esta pesquisa é: Qual o nível de qualidade de vida de pessoas com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho na cidade de Salvador, Bahia, antes e após os DORT?

Para responder a tal questão, esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar o nível de qualidade de vida de pessoas com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em Salvador, Bahia, antes e após o DORT. Para o alcance deste objetivo geral, foram elaborados os seguintes objetivos específicos: relacionar os dados sociodemográficos com a qualidade de vida dos trabalhadores com distúrbios osteomusculares; e identificar os domínios de qualidade de vida afetados nos trabalhadores com distúrbios osteomusculares e as variáveis preditoras de qualidade de vida.

Ao buscar alcançar esses objetivos, este trabalho almeja contemplar a especificidade da avaliação da qualidade de vida em um público de grande relevância social e econômica, a exemplo do que se faz com o grupo de trabalhadores com DORT, podendo oferecer segurança para as organizações desenvolverem programas ou sistemas de monitoramento e avaliação da qualidade de vida. A caracterização de uma população de tal importância, como os trabalhadores com distúrbios osteomusculares, poderá trazer mudanças significativas em relação à autonomia nos processos laborais, de modo a fazer com que o próprio trabalhador possa fomentar o seu bem-estar biopsicossocial, cobrando, do governo e dos gestores de empresas privadas, a elaboração de políticas organizacionais mais eficientes.

O conteúdo desta Dissertação está organizado da seguinte maneira. A primeira seção expõe a contextualização e apresentação do problema de pesquisa a ser investigado, os objetivos a serem alcançados, a justificativa do estudo e a relevância do tema da dissertação. A segunda seção mostra a base teórico-empírica, na qual se procura contextualizar a Qualidade de Vida, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, a Qualidade de Vida no Trabalho, os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, pontuando-se aspectos históricos e conceituais, modelos teóricos e, por fim, os instrumentos de avaliação. A terceira seção apresenta os procedimentos metodológicos da pesquisa, destacando a sua natureza, caracterização, população e amostra, bem como as técnicas de coleta e tratamento dos dados utilizados. A quarta seção versa sobre a análise do banco de dados e dos resultados da pesquisa. Na quinta seção é apresentada a discussão. Na sexta seção estão expostas as considerações finais.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS

Os primeiros avanços do homem surgem com o domínio de práticas para obter a qualidade de vida, tais como a descoberta do fogo e a invenção da roda, por volta do ano 4 000 a.C. Esses dois marcos históricos foram fundamentais para possibilitar outras descobertas, como as relacionadas a instrumentos que ajudassem a melhorar a qualidade de vida (COUTINHO; FRANKEN; RAMOS, 2010).

A preocupação com o estilo de vida é muito antiga e os primeiros relatos sobre tal preocupação remontam a Sócrates, entre 469 e 493 a.C., que acreditava ser a felicidade o resultado de se levar uma boa vida. Para isso, a escolha seria entre o que é bom e o que é ruim (ANDUJAR, 2006).

Já as primeiras tentativas de **caracterização** dos elementos que compõem a qualidade de vida surgiram em 384 a.C., quando Aristóteles menciona que, dentre os fatores essenciais para a satisfação com a vida, estão a felicidade, em primeiro lugar, e, em segundo, a diferença entre aspectos relacionados tanto a duas ou mais pessoas (interpessoal) como relativos à própria pessoa (intrapessoal). (BLAY; MERLIN, 2006).

Em 1920, o termo Qualidade de Vida foi mencionado por Pigou, em seu livro “Economia e Bem-Estar Material”. O autor discutiu o suporte governamental para as pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado (BELASCO; SESSO, 2006)

Em 1964, Lyndon Johnson citou qualidade de vida em sua clássica declaração: “[...] os objetivos não podem ser medidos pelo balanço dos bancos, eles só podem ser medidos por meio da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” (FLECK et al., 1999, p. 20).

Com a popularização da expressão “qualidade de vida” nos anos subsequentes, cresce a dificuldade para se alcançar uma definição consensual. Tal dificuldade já era evidente nos anos 1970, como descrito no artigo de Campbell et al. (1976 apud AWAD; VORUGANTI, 2000, p. 558, tradução nossa): “[...] qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas ninguém sabe claramente o que é”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> *Quality of Life in a vague and ethereal entity, something that many people talk about bur which nobody clearly knows what to do about.*

Romano (1993) aponta para a complexidade do construto, ao descrever que o conceito de qualidade de vida é mais que a simples ausência ou presença de saúde física e mental, abrangendo também educação, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, satisfação no trabalho e condições de trabalho.

Esses vários significados para a expressão “qualidade de vida”, evidencia que envolve aspectos distintos do dia a dia do indivíduo, ou de grupos específicos, e está relacionado a componentes individuais. Tal conceito pode ser modificado, dependendo de um momento cultural específico, e influenciado por componentes materiais e imateriais.

Vale referenciar os estudos de duas enfermeiras norte-americanas, Dr<sup>a</sup> Carol W. Ferrans e Dr<sup>a</sup> Marjorie Powers, sobre o conceito de qualidade de vida, citados por Kimura e Silva (2009). Em pesquisa realizada em 1985, elas identificaram seis grandes núcleos inerentes ao conceito de qualidade de vida:

- 1- capacidade de viver uma vida normal;
- 2- capacidade de viver uma vida socialmente útil (utilidade social);
- 3- capacidade natural (física e mental);
- 4- alcance de objetivos pessoais;
- 5- felicidade, afeto; e
- 6- satisfação com a vida.

As autoras consideraram o núcleo “satisfação com a vida” o mais equivalente com a abordagem individual, justificando que qualidade de vida é a sensação de bem-estar de uma pessoa e só pode ser avaliada por ela, ao passo que os outros núcleos podem ser avaliados por outras pessoas.

Em Rufino Neto (1994, p.12), esta expressão é assim definida:

[...] qualidade de vida boa ou excelente é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar e trabalhar, produzindo bons serviços, fazendo ciência ou artes [...]

O estudo realizado por Farquhar (1995) busca mostrar como o conceito foi sendo apresentado, a saber:

- a) em “Definições Globais” não aborda as dimensões do conceito qualidade de vida; é o tipo mais comum de definição e incorpora ideias de satisfação / insatisfação e felicidade / infelicidade;



- b) definição com base em componentes, ou seja, o fracionamento do conceito em vários conceitos e dimensões;
- c) definição focada, ou seja, o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde e à avaliação de qualidade de vida, utilizando instrumentos de avaliação de pessoas acometidas por diferentes agravos; e
- d) definição combinada, que abrange conceitos globais sobre a qualidade de vida e dimensões que envolvem o conceito e desenvolvem instrumentos de avaliação.

O valor conferido aos componentes do construto “qualidade de vida” diz respeito a como as pessoas desfrutam as suas vidas positivamente. Seria a avaliação subjetiva da felicidade e do bem-estar, para expressar a qualidade de vida. Para Veenhoven (1996), o conceito “qualidade de vida” está associado a atributos como “felicidade”, “satisfação com a vida” e “bem-estar subjetivo”, ou seja, considerado como um único termo por falta de consenso. O termo felicidade, porém, está relacionado a concepções e realizações e configura-se como a principal motivação para ação humana. A satisfação com a vida é um processo de juízo que o indivíduo faz da própria vida. O termo bem-estar subjetivo é a avaliação da vida quanto à satisfação e ao equilíbrio entre aspectos positivos e negativos.

Calman (1984, p. 125) propõe que a qualidade de vida “[...] só pode ser medida em termos individuais e esta depende do estilo de cada pessoa, de experiências passadas, do estilo de vida atual, da esperança para o futuro dos sonhos e ambições”. A boa qualidade de vida é expressa, portanto, quanto à satisfação, felicidade, realização de metas e percepção da vida.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), “qualidade de vida” é uma noção eminentemente humana e tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Tendo em vista tais aspectos, o conceito foi inicialmente usado para referir-se à conquista de bens materiais e para mensurar o desenvolvimento econômico. Atualmente, segundo Paschoal (2000), esse conceito está articulado com a educação, o lazer, o trabalho, a saúde, a satisfação com a vida, expectativas, as experiências diárias, além da percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida.

Percebe-se que a procura por uma definição quantitativa, pautada em indicadores econômicos e sociodemográficos, como renda, escolaridade, idade e moradia, mostram-se insuficientes, porque não apresentam dados referentes à percepção das pessoas a respeito da sua qualidade de vida.

Nessa perspectiva, a qualidade de vida é utilizada, tanto para relacionar aspectos objetivos, como as condições de saúde, trabalho e moradia, como para refletir questões mais

subjetivas, como bem-estar, autoestima e grau de satisfação (TIMOSSO; FRANCISCO; MICHALOSKI, 2006). No conceito de “qualidade de vida”, a percepção do nível de felicidade e de satisfação em relação aos diversos aspectos da vida só pode ser medida individualmente, e essa avaliação pode ser positiva ou negativa, e isto é determinante para a qualidade de vida subjetivamente percebida (KIMURA; SILVA, 2009).

De maneira geral, entre os autores citados, “qualidade de vida” é um conceito subjetivo, envolve a percepção e somente pode ser avaliado pela própria pessoa, não podendo ser mensurado pela percepção de outra, mesmo que esta seja o cuidador, o familiar ou mesmo os profissionais da área de saúde, tais como enfermeiras, médicos e psicólogos. Em estudos realizados sobre a qualidade de vida, tendo como avaliador o cuidador ou o familiar, os escores tendem a ser inferiores em relação à avaliação realizada pelo próprio paciente (FLECK et al., 2008; KIMURA; SILVA, 2009; SALLES; FEDERIGHI, 2006).

Os estudos de Constanza et al. (2007), evidenciam que a QV integra elementos objetivos, como subsistência, reprodução, segurança, e também subjetivos, como felicidade e bem-estar. Essa relação entre satisfação das necessidades e bem-estar, entretanto, segundo os autores, pode sofrer a influência da condição emocional ou intelectual do indivíduo e do contexto social e cultural. Esses componentes subjetivos e objetivos são determinantes na avaliação do conceito. Outro aspecto a se considerar na análise do construto é a idade da pessoa, pois a avaliação da qualidade de vida sofre influência das distintas fases da vida, como sustenta Pimentel (2006).

Assim, consideradas as definições de “qualidade de vida”, pode-se perceber que a percepção dos indivíduos ocorre de modo desigual: é “[...] como se cada pessoa colocasse na balança, de um lado padrões e expectativas, ou seja, fatores subjetivos, e do outro, a realidade em que vive os fatores objetivos” (SALLES; FEDERIGHI, 2006, p. 264). Dessa forma, a qualidade de vida é mensurada como positiva ou negativa, dependendo da percepção e dos valores individuais.

Quando se procura a qualidade de vida, buscam-se fatores que permitam a felicidade com a própria vida (HADDAD FILHO, 2007). Neste sentido, as definições de qualidade de vida estão entre aquelas que enfatizam o bem-estar físico, social e emocional do paciente e mensuram e descrevem o impacto da saúde ou doença na qualidade de vida dos indivíduos (PREBIANCHI, 2003, p. 55). Já para Seidl e Zannon (2004, p. 586), a clarificação do construto qualidade de vida depende de mudança de paradigmas do modelo biomédico, com vistas a valorizar aspectos psicológicos e culturais. Essas mudanças vão contribuir, de forma

significativa, para ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Deste modo, fortalece a prática em estudos interdisciplinares sobre a qualidade de vida.

Em relação à qualidade de vida, mensuram-se expectativas, realização pessoal, dimensões positivas e negativas. Esses são fatores que envolvem o domínio do bem-estar (psicológico). No domínio funcional, porém, estão envolvidos fatores físicos, como a dor e a incapacidade causada por uma doença. No domínio social, está o papel da família, dos amigos e da comunidade. Portanto, os domínios satisfeitos estariam colaborando para uma boa qualidade de vida e poderiam compensar os domínios não atendidos (NAHAS, 2010).

Rolim (2005) apresenta a qualidade de vida sob dois grandes domínios: funcional e do bem-estar. Observa-se, no Quadro 1, o Domínio Funcional e, no Quadro 2, o Domínio do Bem-Estar.

#### Quadro 1 – Domínio Funcional

Variáveis	Domínio Funcional
Capacidades Físicas	Desempenho aeróbico, resistência, força, equilíbrio, flexibilidade. Realizar tarefas básicas (andar, sentar, correr e carregar objetos).
Capacidades Cognitivas	Memória, atenção, concentração, compreensão e resolução de problemas.
Atividades de vida diária	Independência, obrigações, relacionamentos, ações na comunidade, recreação e hobbies.
Autoavaliação do estado de saúde	Percepção de sintomas.

Fonte: Rolim (2005, p. 27).

#### Quadro 2 – Domínios do Bem-Estar

Variáveis	Domínio do Bem-Estar
Bem-estar corporal	Percepção de dor, doença, fadiga e distúrbios do sono.
Bem-estar emocional	Estados positivos ou negativos de depressão, ansiedade, raiva / irritabilidade e afeição.
Percepção global de bem-estar	Capacidade de analisar e relatar e evolução da saúde e satisfação com a vida.

Fonte: Rolim (2005, p. 27).

A despeito da dificuldade de conceituar-se o bem-estar subjetivo, este domínio está recebendo destaque como uma nova faceta da mensuração da qualidade de vida das pessoas (CUMMINS, 2007). Nessa perspectiva, Schalock (2000) entende que o construto qualidade de vida é extremamente abstrato, subjetivo e envolve dimensões como: bem-estar físico, emocional e material, relações interpessoais, desenvolvimento pessoal, autodeterminação, inclusão social e direitos. Em sua visão holística sobre o construto qualidade de vida, Nahas

(2010, p. 16) considera a QV como “[...] a percepção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano”. Para Limongi-França (2010, p. 22) “[...] as demandas relacionadas à qualidade de vida não são aleatórias, e implicam em necessidades a serem atendidas no sentido de preservação pessoal e de sobrevivência da espécie”.

Entre as definições de qualidade de vida, é consenso entre os autores três características: a multidimensionalidade (envolve pelo menos três domínios, o físico, o social e o psicológico); a subjetividade (percepção da pessoa do que seja importante para sua QV); e a bipolaridade ( dimensões positivas e negativas). (BELASCO; SESSO, 2006; FLECK et al., 2008; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004; VIDO, 2006).

Uma quarta característica é atribuída ao construto: a mutabilidade. Para Paschoal (2000), a avaliação da qualidade de vida muda com o tempo, a pessoa, o lugar e o contexto cultural, conforme o estado de espírito ou humor, e essa característica dificulta a aferição.

Notam-se duas tendências quanto à conceituação do termo qualidade de vida: um conceito relacionado à saúde (faz referência a disfunções e agravos em relação aos domínios físico, psicológico e social); e um conceito genérico (abrange, além do conceito de saúde, liberdade, dinheiro, espiritualidade, crenças e o ambiente). (BELASCO; SESSO, 2006; DUARTE; CICONELLI, 2006).

Esse modelo de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) foi desenvolvido por Parsons (1958, p. 168), que a definiu como “[...] um estado de capacidade absoluta para a realização de tarefas”. Contudo, a qualidade de vida relacionada à saúde aborda a limitação e o desconforto que a doença e a sua terapêutica acarretam na vida das pessoas.

No final do século XX, o termo QVRS surge devido ao elevado número de pessoas com câncer, sem perspectiva de cura. Na expectativa de aumentar os anos vividos, mas com qualidade de vida, surgem os instrumentos que mensuram o construto qualidade de vida relacionada à saúde. O intuito é adicionar ao modelo biomédico uma avaliação que não apenas retrate a morbidade e mortalidade, mas avalie a percepção da pessoa sobre o tratamento oferecido (BLAY; MERLIN, 2006).

O conceito de Qualidade de Vida Ligada à Saúde (QVLS) ou Qualidade de Vida Relacionada à Saúde é assim expresso por Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997<sup>2</sup> apud MINAYO; HARTZ, BUSS, 2000, p. 12): “[...] valor atribuído à vida, ponderado pelas

---

<sup>2</sup> AUQUIER, Pasqual; SIMEONI, Marie-Claude; MENDIZABAL, Hélène. *Approch théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé*. **Revue Prevenir**, Paris, v. 33, p. 77-86, 1997.

deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos e tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial.”

Para Kaplan et al. (1989), em relação à qualidade de vida relacionada à saúde, o que se pretende avaliar é o seu impacto em relação a três fatores: mobilidade, atividade física e atividade social. Em Andujar (2006), percebe-se uma tendência de valorizar a percepção do próprio paciente e o equilíbrio entre a qualidade de vida percebida e a desejada.

Para Seidl e Zannon (2004), quando se avalia a QVRS, é importante entender se as necessidades individuais e as intervenções buscam a satisfação subjetiva e o bem-estar. Por conseguinte, o impacto da doença deve ser avaliado sob a percepção da pessoa que está vivenciando o problema.

Fleck et al. (2008) destaca, em relação à qualidade de vida, que, anteriormente, o foco nas pesquisas predominou na doença. Atualmente, porém, as pesquisas na área da saúde avaliam aspectos como a esperança, a felicidade, a satisfação, a espiritualidade, o que as pessoas pensam e sentem sobre sua vida, e não apenas aos aspectos objetivos da doença e do tratamento. De acordo com Belasco e Sesso (2006), a introdução do construto qualidade de vida na área da saúde decorre de três fatores: o avanço tecnológico, que proporcionou o aumento na expectativa de vida dos indivíduos; o aparecimento das doenças crônicas; e uma visão humanizada das práticas assistenciais.

Entre os vários aspectos abordados, Morsch e Barros (2006, p. 92) entendem que “[...] a qualidade de vida relacionada à saúde é percebida quando confrontamos as expectativas e as experiências”, ou seja, envolve vários pontos de vista, pois se descreve de que maneira a experiência de uma doença e de uma intervenção, bem como o seu tratamento, interferem no modo de vida de cada pessoa. Deste modo, o que se mensura, além da gravidade, é o impacto causado pela doença, o tratamento, o prognóstico e os resultados das intervenções realizadas sob a óptica do paciente/pessoa.

Contudo, o progresso da medicina proporcionou tratamento para as doenças crônicas, como a artrite, o câncer, vítimas de trauma, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), e para os distúrbios osteomusculares, aumentando a sobrevida. Por conseguinte, houve o aumento em investimentos financeiros e em tecnologia para aumentar a sobrevida dessas pessoas. Entretanto, tem sido um desafio para os estudiosos mensurar o significado e a percepção do impacto causado pelo adoecimento, entender os aspectos psicológicos, sociais, apreender o fenômeno adoecimento e as transformações que a pessoa passa, como a perda da identidade e da qualidade de vida na família, no trabalho, na comunidade. Por isso,

tem-se recorrido à utilização de instrumentos sensíveis que possam detectar alterações em grupos com patologias específicas.

## 2.2 QUALIDADE DE VIDA E TRABALHO

O trabalho é um termo polissêmico. É fonte de experiência psicossocial por sua centralidade na vida das pessoas (NAVARRO; PADILHA, 2007). O trabalho ocupa uma função importante na vida das pessoas, porém tem sido evidenciado como causa de doenças físicas, mentais e até mesmo de mortes.

As constantes mudanças na forma de organização do trabalho no contexto mundial, com destaque para questões como desemprego, competitividade, intensificação do ritmo de trabalho e inserção informal do trabalho, além da flexibilização do modelo trabalhista, têm gerado inúmeras discussões a respeito da qualidade de vida do trabalhador (FELLI; TRONCHIN, 2005). Para Peduzzi e Anselmi (2002), o trabalho é um processo de mudança que ocorre porque as pessoas têm necessidades que precisam ser satisfeitas.

No século XVIII e XIX, com a Revolução Industrial, a sistematização dos métodos de produção e a condição do trabalho, a qualidade de vida começa a ser estudada de modo científico. Nesse momento, têm início os estudos sobre a influência do trabalho na vida dos trabalhadores e na produtividade das empresas (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

É com a Administração Científica que o estudo do trabalho ganha uma nova dimensão, pois se busca garantir melhor custo/benefício ao sistema de produção, com fundamento no princípio do planejamento, do controle e da execução (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011). Entretanto, os efeitos desse tipo de administração foram mais negativos do que benéficos para a classe trabalhadora. O método taylorista promoveu uma excessiva fragmentação do trabalho e transformou o “[...] ser humano numa peça de engrenagem no sistema de produção” (ANTUNES, 2011, p. 195), causando insatisfação, absenteísmo, sabotagens e movimentos grevistas.

Mudanças significativas ocorrem no processo de trabalho, contribuindo para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho e acidentes que causam incapacidades e mortes, além de alterações psicológicas tanto dos trabalhadores em atividade como aqueles excluídos do trabalho, tendo como causa o adoecimento (NAVARRO; PADILHA, 2007). Em decorrência desses efeitos maléficos sustentados pela Administração Científica, as

organizações e os pesquisadores começaram a estudar esse binômio formado pela organização e indivíduo (trabalhador). (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

### **2.2.1 Principais enfoques sobre a Qualidade de Vida no Trabalho**

No período de 1927 a 1932, iniciaram-se os estudos realizados por Elton Mayo, precursor de pesquisas sobre o comportamento humano no trabalho, que realizou, durante cinco anos, na oficina de Hawthorne, da Companhia Western Electric, em Chicago, os experimentos que deram origem à Teoria das Relações Humanas, decorrente da necessidade de humanização e democratização do trabalho industrial (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

Em seus experimentos, Elton Mayo concluiu que o trabalho humano é influenciado não apenas por aspectos do ambiente do trabalho, mas também por características particulares de cada indivíduo e pelas relações que ele estabelece com o grupo (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011). As principais contribuições dos estudos de Mayo foram: constatar a relação entre a satisfação no trabalho e maior produtividade, maior autonomia e controle sobre o ritmo de trabalho (CARVALHO-FREITAS, 2007).

Na década de 1950, Eric Trist e Bamforth desenvolveram estudos de abordagem sociotécnica relativa à organização do trabalho, no Tavistock Institute em Londres. O termo QVT foi pautado na relação indivíduo, trabalho e organização, com base na análise e reestruturação de tarefas, para amenizar o sofrimento dos trabalhadores, rejeitando a imposição tecnológica (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

Na década de 1950, McGregor, em busca de relacionar o binômio indivíduo-trabalho, analisa duas formas de se visualizar o comportamento humano na empresa. No desenvolvimento de seus estudos, criou a Teoria X, baseada no modelo da subserviência e controle, e a Teoria Y, baseada nas potencialidades e desenvolvimento pessoal (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

Em 1968, ao estudar os fatores que motivam as pessoas no trabalho, Herzberg criou a Teoria da Motivação-Higiene. Nos fatores higiênicos, encontrou uma relação entre o conteúdo da tarefa e o desafio de realizá-la. Refere que a motivação do trabalhador está nas seguintes dimensões: no cargo que ocupa e no desempenho da tarefa. Para ele, é por meio do cargo que ocupa que o trabalhador se liga à organização. Deste modo, os indivíduos adquirem sucesso e autorrealização por meio do trabalho (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

O estudo de Walton, desenvolvido em 1973, define as seguintes dimensões para a análise da qualidade de vida no trabalho na busca da satisfação dos trabalhadores: a compensação justa (remuneração adequada e equidade externa e interna); segurança e saúde nas condições de trabalho (jornada de trabalho, carga de trabalho, ambiente físico, material e equipamento, ambiente saudável e estresse); o uso e desenvolvimento de capacidades (autonomia, significado da tarefa, identidade da tarefa, variedade da habilidade); oportunidade de crescimento e segurança (possibilidade de carreira, crescimento pessoal, perspectiva de avanço salarial e segurança de emprego); integração social na organização (ausência de preconceitos, igualdade, mobilidade, relacionamento e senso comunitário); constitucionalismo (direitos de proteção ao trabalhador, privacidade pessoal, liberdade de expressão, tratamento imparcial e direitos trabalhistas); trabalho e espaço total de vida (papel balanceado no trabalho, poucas mudanças geográficas, tempo para lazer da família); e relevância social da vida no trabalho (imagem da empresa, responsabilidade social da empresa, responsabilidade pelos produtos). (FELLI; TRONCHIN, 2005).

O estudo de Belanger, realizado em 1973, propôs um modelo para análise da qualidade de vida no trabalho considerando quatro dimensões: o trabalho em si (criatividade, variabilidade, autonomia); o crescimento pessoal e profissional (treinamento, oportunidades de crescimento e relacionamento no trabalho); as tarefas com significado (tarefas completas, responsabilidade aumentada, recompensas financeiras); as funções e estruturas abertas (clima e criatividade e transferência de objetivos). (FELLI; TRONCHIN, 2005; SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

Outro modelo que analisa a QVT é o de Hackman e Oldham, desenvolvido em 1975. Eles defendem a ideia de que as características das tarefas conduzem a estados psicológicos críticos, ou seja, quando o indivíduo percebe que o trabalho é importante sente-se motivado e satisfeito no trabalho. As dimensões da tarefa do modelo de Hackman e Oldham são: variedade de habilidades; identidade da tarefa; significado da tarefa; autonomia; *feedback* do próprio trabalho; *feedback* dos colegas; e inter-relacionamento. Essas dimensões possibilitam a obtenção de um escore que reflita o potencial motivador de uma tarefa. Uma crítica a esse modelo é valorizar mais as tarefas do que os trabalhadores (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

Maslow, em 1977, desenvolveu a Teoria da Hierarquia das Necessidades, segundo a qual as necessidades humanas estão dispostas em uma hierarquia de importância, do nível mais baixo ao mais elevado. Assim, os cinco níveis de necessidades humanas são: necessidades fisiológicas – estão relacionadas com a sobrevivência do indivíduo e com a preservação da espécie, e também com o sono, a fome e a sede; as necessidades de segurança,



relacionadas à estabilidade ou à busca de proteção contra qualquer ameaça; as necessidades sociais, vinculadas à necessidade e troca de amor, amizade e aceitação por parte das pessoas; necessidades de estima – a forma como a pessoa se vê e se avalia – referem-se à autoconfiança, à autoapreciação; e, por fim, necessidade de aprovação e respeito, de *status*, prestígio e consideração e a necessidade de autorrealização – aquelas que estão no topo da pirâmide e são as mais difíceis de serem atingidas (SAMPAIO, 2009).

A grande contribuição de Maslow, para as organizações e para o entendimento da QVT, foi alertar os gestores para o fato de que as necessidades humanas não são apenas de ordem econômica, mas também sociais, psicológicas, de autorrealização e crescimento pessoal (MEDEIROS, 2002). Por isso, o nível de qualidade de vida também está relacionado a outras necessidades e, portanto, relaciona-se a projetos individuais e subjetivos. Entretanto, as pessoas só buscam satisfazer uma necessidade maior quando a anterior é atendida. Maslow afirma ainda que o trabalho tem importância vital na vida das pessoas, por isso, ter um emprego significa satisfazer algumas dessas necessidades (MENDES; LEITE, 2008). Além de representar apenas um meio de satisfação das necessidades básicas, o trabalho é também fonte de identificação e autoestima (CUMMINS, 2000; NAVARRO; PADILHA, 2007).

No estudo realizado por Westley, em 1979, são destacadas as dimensões que influenciam a qualidade de vida no trabalho: econômicas (remuneração adequada, benefícios, ambiente externo, local de trabalho e equidade salarial); políticas (segurança, no emprego, atuação sindical, valorização do cargo; direito e segurança); psicológicas (autorrealização no trabalho, nível de desafio, autoavaliação, criatividade, variedade de tarefa e identificação com a tarefa); e sociológica (como participar de decisões no processo de trabalho, autonomia, relacionamento interpessoal, valor pessoal). (FELLI; TRONCHIN, 2005; SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

Na década de 1970, ocorre o esgotamento na organização do trabalho do modelo de gestão taylorista/fordista. Os trabalhadores iniciam movimentos, como operações tartarugas, e aumentam o absenteísmo, com o intuito de mostrar insatisfação e resistência, levando as organizações e gestores a pensarem em novas formas de gestão, divisão e organização do trabalho (LACAZ, 2000). Nadler e Lawler III (1983<sup>3</sup> apud FERNANDES, 1996), fazem um resumo sobre o significado de qualidade de vida no trabalho no período de 1959 a 1982 (Quadro 3).

---

<sup>3</sup> NADLER, David A.; LAWLER III, Edward. Quality of work life: perspectives and directions. **Organizational Dynamics**, Los Angeles, v. 11, n. 3, p. 20-30, 1983.

### Quadro 3 – Evolução do Conceito de QVT

Evolução da QVT	Características
QVT como uma variável (1959-1972)	Era investigado como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.
QVT como uma abordagem (1969-1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional, mas, ao mesmo tempo, tendia a trazer melhorias tanto ao empregado como à direção.
QVT como um método (1972-1975)	Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e torná-lo mais produtivo e mais satisfatório.
QVT como um movimento (1975-1980)	Os termos “administração participativa” e “democracia industrial” eram frequentemente ditos como ideais do movimento de QVT.
QVT como tudo (1979-1982)	Com problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.
QVT como nada (futuro)	No futuro, não passará apenas de um “modismo” passageiro.

Fonte: Elaboração própria com base em Nadler e Lawler III (1983 apud FERNANDES, 1996).

Em 1983, Werther Davis identificou elementos importantes para mensurar a qualidade de vida no trabalho. Ele considerou que existe uma adequada qualidade de vida no trabalho quando o indivíduo tem um cargo desafiador e compensador. As dimensões do modelo de Werther Davis são: organizacionais (abordagem mecanicista, fluxo de trabalho); ambientais (habilidade e disponibilidade de empregados, expectativas sociais); e comportamentais (autonomia, variedade, identificação de tarefas). (AYRES; SILVA; SOUTO, 2008; FELLI; TRONCHIN, 2005).

A qualidade de vida do trabalhador, na nova filosofia, envolve as pessoas, o trabalho e a organização. Esta última deve fomentar fatores que motivem os trabalhadores, viabilizando um ambiente saudável e de bem-estar, estimulando o trabalhador nas decisões organizacionais e o desenvolvimento das suas potencialidades, e não tender apenas para a eficácia organizacional, estimulando somente a competitividade e a produtividade (CUMMINS, 2000; NAVARRO; PADILHA, 2007). A terminologia qualidade de vida do trabalhador refere-se a algo mais amplo, não se restringindo ao trabalho e ao local do trabalho. Tem relação direta com a família, a satisfação pessoal e o lazer (NAHAS, 2010).

Na definição de Huse e Cummings (1985), a QVT é uma forma de pensamento que envolve pessoas, trabalho e organização, valorizando o bem-estar do trabalhador, com eficácia organizacional e participação dos trabalhadores nas decisões e problemas no trabalho. Walton (1973, p. 11), considera que a

[...] expressão Qualidade de Vida tem sido usada com crescente frequência para descrever certos valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico.

Para Cummins (2000), os principais aspectos abordados sobre a qualidade de vida no trabalho foram a segurança e a saúde no trabalho. O autor identifica o trinômio indivíduo-trabalho-organização. Assim, quando aumenta a satisfação no trabalho ocorre um aumento da produtividade. Qualidade de Vida no Trabalho, conforme Sant’Anna e Kilimnik (2011, p. 9), “[...] é um instrumento que tem por objetivo propiciar uma maior humanização do trabalho, o aumento do bem-estar dos trabalhadores e uma maior participação dos mesmos nas decisões e problemas do trabalho”. Para Limongi-França (2010, p. 23): “[...] é um conjunto de ações de uma empresa no sentido de implantar melhor as inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais.”

No Brasil, segundo Rodrigues (2008), as abordagens sobre a QVT surgem na década de 1960, tendo como base a satisfação do trabalhador no trabalho. De acordo com Fernandes e Gutierrez (1988), os gestores devem entender que, na QVT, as necessidades básicas são fundamentais, porém as necessidades sociais, econômicas e ambientais devem também ser garantidas para promover uma melhor qualidade de vida no trabalho. O interesse pelo fenômeno QVT ampliou-se, sendo que, atualmente, pode ser entendida como um construto social e abrange dimensões sociais, psicológicas e ambientais. É consenso que fatores como motivação, satisfação e insatisfação do trabalhador, carga psíquica do trabalho, como também competitividade e cobrança para o aumento de produtividade contribuem para o adoecimento do trabalhador.

Em 1994, Moraes e Kilimnik, ao utilizarem o modelo de Hackman e Oldham em seus estudos, concluíram que a qualidade de vida no trabalho é resultante da combinação de dimensões de tarefa – como variedade de habilidades, identidade e significado da tarefa, inter-relacionamento, autonomia e *feedback* (intrínseco e extrínseco) – e podem ser capazes de gerar motivação e satisfação em diferentes níveis de comportamentos e atitudes (SANT’ANNA; KILIMNIK, 2011).

O modelo de Limongi-França para avaliação da QVT é baseado na visão biopsicossocial descrita por Lipowski. O modelo Biopsicossocial e Organizacional é estruturado em quatro dimensões: a primeira, a biológica, está relacionada com a promoção da saúde e da segurança; a segunda é a psicológica e refere-se à promoção da autoestima; a terceira, a social, está relacionada à criação de oportunidades de lazer, esporte e cultura; e a

quarta é organizacional, estando relacionada à valorização da imagem corporativa da estrutura organizacional (LIMONGI-FRANÇA, 2010). Para esta autora, o tema QVT tem sido tratado como amplo e geralmente confuso. As definições “[...] vão desde cuidados médicos estabelecidos pela legislação de saúde e segurança até atividades voluntárias dos empregados e empregadores nas áreas de lazer e motivação” (LIMONGI-FRANÇA, 2010, p. 24).

Entretanto, para Antunes (2011, p. 142), “[...] o ato de produção e reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho, e é a partir do trabalho, em sua cotidianidade, que o homem torna-se um ser social, distinguindo-se de todas as formas não humanas”. Assim, é no trabalho que o trabalhador busca sua identidade, por isso a importância de entender os fatores que promovem a melhor qualidade de vida no trabalho, dentre os quais Limongi-França (2010) destaca: a vida pessoal, como família, lazer e hábitos de vida; os fatores socioeconômicos, como tecnologia, desemprego e políticas do governo; metas empresariais, como competitividade e produtividade; e fatores organizacionais e remunerações.

Teixeira et al. (2009, p. 1) referem-se às contradições e singularidades no mundo do trabalho e pontuam aspectos importantes em relação ao indivíduo que trabalha:

[...] alguns trabalhadores vão adoecer e outros não, alguns terão sua qualidade de vida deteriorada, outros terão melhorias, mesmo sendo submetidos a condições de trabalho similares; outros irão adaptar-se e superar as dificuldades, porém é essencial a análise dessas incongruências para futuras intervenções.

Para Karpinski e Stefano (2008), as empresas estão buscando melhorar o relacionamento com os trabalhadores e, conseqüentemente, o nível de satisfação no trabalho, buscando intervenções para atrair e manter bons funcionários, além de proporcionar a motivação entre esses trabalhadores com o intuito de: reduzir custo, aumentar a produtividade e a qualidade, diminuir o absenteísmo e fomentar maior satisfação dos colaboradores. Estes fatores proporcionam ainda melhoria na comunicação e na imagem da empresa.

Nota-se que, para os trabalhadores, a satisfação no trabalho envolve adições como: motivação, alegria, disposição e energia, comprometimento, segurança, admiração e orgulho, desenvolvimento pessoal, profissional e social.

Para Ayres, Silva e Souto (2008, p. 1), as abordagens sobre qualidade de vida no trabalho mostram uma preocupação com os aspectos organizacionais, ou seja, o cargo que a pessoa ocupa, salário, competências e ambiente de trabalho, no entanto, os “[...] gestores dissociam a família, os amigos as atividades culturais, o lazer e a religião e esta separação trabalho, vida pessoal e deveres organizacionais não existe na vida real”.

O consenso entre os autores é que o QVT está relacionado à forma como o indivíduo se percebe nesse trabalho e o vivencia. Além disso, identificam como obstáculos o estresse, a cobrança de produtividade, o trabalho precário, a remuneração insuficiente, o adoecimento, não gostar das atividades realizadas e ausência de segurança, por se constituírem em elementos-chaves para alterar o significado e o sentido do trabalho para o trabalhador. Entretanto, os estudos atuais em relação à qualidade de vida no trabalho estão apoiados em melhores condições do ambiente de trabalho; inovações nos sistemas de recompensas (financeira e não financeira); valorização do trabalhador não apenas para estimular o aumento da produtividade e competitividade entre empresas (AYRES; SILVA; SOUTO, 2008; CUMMINS, 2000; LIMONGI-FRANÇA, 2010). Para Limongi-França (2010, p. 22): “[...] as visões e definições de QVT são multifacetadas, com implicações éticas, políticas e de expectativas pessoais.”

Bendassolli (2011) entende que o trabalhador, nas suas atividades laborais, confronta-se com angústias existenciais preexistentes e com restrições estabelecidas, como a divisão de tarefas e o modo de gestão. Paradoxalmente, o trabalho “[...] permite ao indivíduo alcançar, competências, habilidades, desafios e satisfação de necessidades é um recurso para a individualização, uma forma para o indivíduo construir um significado de si mesmo, para si mesmo e para os outros” (BENDASSOLLI, 2011, p. 79). Constatou-se que existe um consenso entre os diferentes autores no que diz respeito ao conceito qualidade de vida no trabalho, que é multifacetado e envolve a subjetividade, ou seja, inclui as expectativas e a percepção do trabalhador, aspectos determinantes para a qualidade de vida (LIMONGI-FRANÇA, 2010; NAHAS, 2010; VELOSO; BOSQUETTI; LIMONGI-FRANÇA, 2005).

O conceito de qualidade de vida no trabalho, como visto, envolve fatores que estão relacionados aos aspectos bem-estar e satisfação. No entanto, não existe uma clareza no discurso das organizações. Por isto, é importante identificar, nos programas de qualidade total, se os gestores estão preocupados com a saúde do trabalhador ou se o significado desses programas é motivar o trabalhador, pois trabalhadores satisfeitos tornam-se mais produtivos e competitivos, o que seria incompatível com o conceito de qualidade vida no trabalho (SANT’ANNA; KILIMNIK, 2011).

Contudo, é necessária a adoção de estratégias que permitam o desenvolvimento de programas organizacionais abrangentes, promovam o potencial humano em todas as suas dimensões e favoreçam a QVT. Para Limongi-França (2010), temas como responsabilidade social, ambiente sustentável e envelhecimento da população proporcionam novos paradigmas para questões relacionadas à qualidade de vida no trabalho. Além disto,

consoante essa autora, a motivação e realização profissional são essenciais para preservar a qualidade de vida do trabalhador, mas, para isso, é preciso que o ambiente de trabalho seja reorganizado por trabalhadores e empregadores para propiciarem a promoção da qualidade de vida no trabalho.

O Quadro 4 expõe uma síntese dos conceitos de qualidade de vida no trabalho já apresentados.

**Quadro 4 – Síntese de Conceitos Apresentados sobre Qualidade de Vida no Trabalho**

Autor	Dimensões
Herzberg (1968)	Motivação.
Walton (1973)	Segurança no trabalho; crescimento pessoal; compensação justa e adequada; integração social e relevância social do trabalho.
Hackman e Oldham (1975)	Variedade de atividades; autonomia; inter-relacionamento; informações sobre desempenho.
Belanger (1973)	Crescimento profissional; treinamento; responsabilidade.
Westley (1979)	Participação nas decisões e divisão nos lucros; enriquecimento de tarefas.
Nadler&Lawler III (1983)	Participação na solução de problemas na organização; tomada de decisão.
Werther e Davis (1983)	QVT é um cargo interessante, considerando o nível organizacional, ambiental e comportamental.
Huse e Cummins (1985)	Preocupação com o bem-estar do trabalhador, com a eficácia organizacional e com a participação do trabalhador nas decisões e problemas da empresa.
Fernandes (1996)	Satisfação no trabalho; participação.
Limongi-França(2001)	Inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais.

Fonte: Elaboração própria.

Os diversos estudos sobre Qualidade de Vida no Trabalho – como a Teoria das Relações Humanas, de Elton Mayo, de 1927; a Teoria Comportamental de Herbert A. Simon, de 1947, que motivou a teoria de McGregor, de 1950; a Teoria da Hierarquia das Necessidades, de Maslow, de 1954; a Teoria de Herzberg e o trabalho de Westley, de 1979; Werther e Davis, de 1983, e Nadler e Lawler III, de 1983 –, embora distintos, mostram que, ao longo do tempo, as teorias foram se adequando ao momento cultural. Entretanto, estudos relacionados com a percepção dos trabalhadores com DORT sobre a sua qualidade de vida no trabalho são escassos na literatura. É igualmente reduzido o número de estudos fundamentados no entendimento e na percepção dos indivíduos sobre a sua qualidade de vida no trabalho (SANT’ANNA; KILIMNIK, 2011).

Desse modo, as mudanças ocorridas no processo de trabalho, tais como o aumento da competitividade, a sobrecarga de trabalho, a forma de gestão pautada na qualidade total e no desempenho funcional, têm contribuído para o aumento de algumas patologias (BRASIL, 2001). Ressalta-se que o surgimento de formas de adoecimento mal caracterizadas, como DORT, estresse e fadiga mental relacionados ao trabalho, exigem pesquisas para esquematizar intervenções para a saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2001).

Com relação aos modelos de QVT, com o intuito de promover a saúde do trabalhador, são eficazes, porém o trabalhador precisa cobrar das organizações medidas de promoção da saúde. Os gestores precisam cobrar o desenvolvimento de políticas públicas para evitar o adoecimento e fomentar no trabalhador a percepção sobre a sua qualidade de vida no trabalho (LIMONGI-FRANÇA, 2010; SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

### 2.3 DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (DORT)

Um dos primeiros relatos sobre os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), embora não ainda com esse nome, mas descrito como doença do trabalhador, data de 1556, com a publicação do livro “De Re Metallica”, de Georgius Agricola. Nessa obra, o autor destaca os acidentes de trabalho relacionados à extração de minerais, além das doenças mais comuns que afetam os mineiros. No século XVI, Paracelso realizou estudo sobre as doenças do trabalho, onde foram observadas numerosas correlações entre as doenças de natureza ocupacional com os métodos de trabalho, principalmente com as substâncias manuseadas, e a presença de sintomas por intoxicação com mercúrio (FRANCO, 2010).

Bernardino Ramazzini, médico italiano, é considerado o pai da medicina ocupacional, devido a estudos descritos e publicados sobre problemas que envolviam os trabalhadores em ocupações específicas, no livro “De Morbis Artificum Diatriba”, de 1700. Os estudos publicados chamavam a atenção para o fato de que as doenças ocupacionais não eram limitadas apenas a agentes químicos (como poeira mineral, partículas orgânicas e inalação de vapores ou substâncias em contato com a pele) ou agentes físicos (como ruído, calor, frio e umidade), mas também incluíam os efeitos de posições corporais e movimentos incorretos (FRANCO, 2010). Outra correlação que chama a atenção em relação às atividades laborais e os DORT foi descrita na Antiguidade: as afecções dolorosas em função de movimentos realizados nos membros superiores pelos escribas, sem interrupção (MAENO et al., 2006).

O principal marco de transição, que levou à maior divulgação das doenças relacionadas ao trabalho, foi observado na Revolução Industrial, com o advento das máquinas e a rápida necessidade de manuseá-las. Um novo perfil de mão de obra emergiu e, com isso, o número de doenças ocupacionais aumentou significativamente. Em 1780, na Inglaterra, telegrafistas começaram a apresentar problemas com as atividades laborais. Em 1918, na Suíça, telefonistas e datilógrafos também apresentaram doenças relacionadas à sua atividade laboral. A tenossinovite “doença da lavadeira” foi descrita por De Quervain na Suíça, em 1891, em função da atividade laboral, quando havia o desgaste dos tendões e do músculo adutor do polegar. Baptista, Nobre e Pena (2011) referem que, nesse período, os processos de trabalho e o ambiente de trabalho eram desfavoráveis à saúde e levavam ao adoecimento e à invalidez.

Segundo Awerbuch (2004), o aumento significativo da industrialização e a grande quantidade de relatos de doenças ocupacionais fizeram com que os distúrbios osteomusculares passassem a ser considerados como uma epidemia industrial, coloquialmente conhecida como Lesão por Esforço de Repetição (LER), em inglês *Repetitive Strain Injury* (RSI).

Segundo o *Bureau of Labour Statistics United States*, houve um aumento de 14 vezes no número de casos de doenças do trabalho entre 1981 e 1994. Em 1993, no Canadá e na Dinamarca, os casos de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) figuraram como os principais relacionados a doenças ocupacionais (50,5% e 45,6%, respectivamente). Nos EUA, os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho representam um terço, por ano, de todas as afecções relatadas ao órgão competente pelas estatísticas do trabalho (BUREAU OF LABOR STATISTICS, 2007).

Na segunda metade do século XX, a LER, “[...] adquire relevância social, por sua evolução insidiosa e complexa, abrangendo inúmeras causas, como exigências mecânicas repetitivas e posições forçadas, além de cobranças organizacionais como produtividade e competitividade” (MAENO et al., 2006, p. 3). Quando se aborda o tema LER/DORT, é importante que se perceba que não é uma doença individualizada, com características e propriedades inerentes à patologia, pois representa um conjunto de afecções que estão relacionadas ao ambiente de trabalho.

No Brasil, na década de 1980, ocorreram os primeiros registros oficiais realizados com a nomenclatura tenossinovite do digitador/LER. Nesse período, o distúrbio passou a ser considerado como doença do trabalho pela Portaria n.º 4.062/1987 (BRASIL, 1987).

Segundo Costa (2000), no Brasil, o aumento de doença ocupacional é ocasionado principalmente pela precariedade e intensificação do ritmo de trabalho, gerando a realização de movimentos repetitivos e prolongados, proporcionando o cansaço físico e mental, por não



existirem políticas de controle de jornada de trabalho e preocupação com a saúde do trabalhador. Baptista, Nobre e Pena (2011) referem que a saúde do trabalhador ganhou repercussão no âmbito da Reforma Sanitária e trouxe novos parâmetros para a política de saúde como atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, em junho de 1991, na Lei Orgânica de Saúde – Lei Federal n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990) –, é lançado o documento “Saúde do Trabalhador”. Nas diretrizes da ação para o SUS, esta lei trouxe novos parâmetros para a Política de Saúde e para os trabalhadores. As LER são consideradas como doenças do trabalho e, conforme a Norma Técnica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), de 1993, são conceituadas como:

[...] o conjunto de afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fâscias e ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração dos tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, membros superiores, região escapular e pescoço, sendo de origem ocupacional e decorrente, de forma combinada ou não, de uso repetitivo de grupo musculares e manutenção de postura inadequada. (Lesões por esforços repetitivos - L.E.R.). (BRASIL, 2003).

Na Ordem de Serviço INSS/DSS n.º 606, de 5 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998), a Previdência Social substituiu a sigla LER por DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho –, que representa tradução da terminologia *Work Related Musculoskeletal Disorders* (WMSD), amplamente utilizada no mundo.

A preferência pela nomenclatura DORT permite o reconhecimento de maior variedade de entidades mórbidas causadas pela interação de fatores laborais. A mudança da terminologia buscou superar a falsa ideia de que o quadro clínico se deve a apenas um fator de risco ou a, necessariamente, uma lesão orgânica, ou que se restrinja a uma só localização (BRASIL, 2001). O DORT é um termo genérico, usado para denominar um grupo de sintomas, dores, parestesias, sensação de peso e fadiga, bem como limitações dos movimentos que comprometem mãos, punhos, braços, cotovelos, pescoço ou ombros. Possui três causas principais: posturas forçadas, movimentos repetitivos e tensões (estresse psicológico) relacionadas ao trabalho (OLIVEIRA, 2006).

A Instrução Normativa (IN) do INSS/DC n.º 98, de 5 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2003), introduziu novos elementos na análise da perícia médica acerca do processo de adoecimento. Nessa portaria foram acrescentadas duas seções: a primeira, trata de atualização científica sobre os distúrbios osteomusculares; e a segunda, contém critérios para a concessão de benefícios previdenciários. Nessa IN, o INSS refere-se à doença como uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de sintomas que podem ou não aparecer ao mesmo tempo, e mantém a nomenclatura LER/DORT. Segue o conceito.

[...] DORT é uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada por peso, fadiga, de aparecimento insidioso, geralmente localizando-se nos membros superiores, mas podendo acometer membros inferiores. Entidades neuro-ortopédicas definidas como tenossinovites, sinovites compressão de nervos periféricos, síndromes miofaciais, que podem ser identificadas ou não. Frequentemente são causas de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultados da combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular com a falta de tempo para sua recuperação. A sobrecarga pode ocorrer seja pela utilização excessiva de determinados grupos musculares em movimentos repetitivos com ou sem exigência de esforço localizado, seja pela permanência de segmentos do corpo em determinadas posições por tempo prolongado, particularmente quando essas posições exigem esforço ou resistência, das estruturas musculoesqueléticas contra a gravidade [...] (BRASIL, 2003, p. 1).

Iniciou-se a discussão sobre o tema, utilizando a nomenclatura LER/DORT; no entanto, após o esclarecimento das terminologias, utilizar-se-á apenas a nomenclatura DORT.

Os DORT apresentam como característica serem multifatoriais, devido não apenas a fatores físicos, que contribuem para o aparecimento do transtorno, dentre eles a realização de tarefas, os movimentos repetitivos e as posturas incorretas, como também a fatores organizacionais, como cobranças de produtividade e fatores psicológicos, como o estresse, fatores sociais, econômicos, tecnológicos, organizacionais e ocupacionais (BRASIL, 2001). Os riscos presentes no processo de trabalho, segundo o Ministério do Trabalho (MT), são químicos (substâncias, compostos ou produtos que podem ser absorvidos pela pele, vias respiratórias na forma de poeiras, fumos, neblinas, gases ou vapores); físicos (ruídos, vibração, temperaturas extremas e pressões anormais; biológicas – bactérias, vírus); de acidentes (fatores ou situações causadoras de acidentes, como equipamentos e ferramentas inadequados, armazenamento inadequado, animais peçonhentos); os ergonômicos (resultantes da falta de adaptação do trabalho ao homem, gerando sobrecarga nas estruturas musculoesqueléticas). O Ministério da Saúde (MS) considera os fatores físicos, químicos, biológicos, mecânicos e acrescenta o grupo fatores ergonômicos e psicossociais, estes resultantes das relações e organização do trabalho.

Os grupos de fatores de riscos dos DORT podem ser relacionados com: posto de trabalho (estes podem causar agravos músculoesqueléticos); as exposições e vibrações (causar efeitos vasculares e musculares); exposição ao frio (efeito sobre a pele exposta); exposição a ruído elevado; pressão mecânica; posturas extremas; carga mecânica musculoesquelética (ação sobre a tensão, a pressão, a irritação e a fricção). Entre os fatores que influenciam a carga osteomuscular, encontram-se: a carga estática (está presente quando um membro é mantido numa posição contra a gravidade); invariabilidade da tarefa (monotonia fisiológica e psicológica e as exigências cognitivas aumentam a tensão

muscular); fatores psicossociais (percepções subjetivas do trabalhador); e fatores organizacionais (ambiente social e cargo). (MAENO et al., 2006). Não obstante, serem heterogêneos, por envolverem fatores físicos, materiais e organizacionais, esses fatores, individualmente, podem contribuir para o aparecimento da doença. Contudo, a presença desse conjunto de fatores simultaneamente pode estabelecer um risco ainda maior. Por isso, é necessário o estabelecimento de estratégias para evitar reduzir o seu aparecimento e, portanto, o adoecimento (BRASIL, 2001).

Nicoletti (1996, p. 6) relaciona outros fatores que podem contribuir para os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, tais como os “[...] fatores intrínsecos provenientes da condição individual da herança genética, como distúrbios metabólicos, as posturas inadequadas e instabilidade emocional e fatores extrínsecos como a jornada de trabalho ergonomia deficiente e o ritmo do trabalho”.

O distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho inclui os fatores funcionais e/ou orgânicos e pode apresentar as seguintes características, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001):

- a) quadro clínico variado, incluindo queixas de dor, formigamento, dormência, choque, sensação de peso e fadiga precoce;
- b) presença de síndromes como: tendinite, tenossinovite, sinovite, peritendinite, em particular de ombros, cotovelos, punhos e mãos; epicondilite, tenossinovite estenosante (DeQuervain), dedo em gatilho, cisto, síndrome do túnel do carpo, síndrome do túnel ulnar (nível de cotovelo), síndrome do pronador redondo, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome cervical ou radiculopatia cervical, neurite digital, entre outras; e
- c) repercussões mais extensas como: síndrome miofascial, mialgia, síndrome da tensão do pescoço, distrofia simpático-reflexa / síndrome complexa de dor regional.

As síndromes relacionadas aos DORT são assim descritas por Nicoletti (1996):

- a) síndrome do túnel do carpo: decorre da compressão do nervo mediano no túnel do carpo, pode ocorrer por espessamento do ligamento anular do carpo, gerando o atrito entre tendões e ligamentos;
- b) epicondilite: inflamação do local de inserção dos músculos epicondilianos. Provoca dor que se dissemina para mão e ombro, causa hipertonia e edema;

- c) bursite: processo inflamatório nas bursas, bolsas de parede fina constituídas de fibras colágenas e revestidas de membrana sinovial, ocorrendo geralmente no ombro; é provocada por movimentos de flexão e abdução do braço;
- d) tendinites: inflamações que acometem os tendões, mais comumente o músculo supraespinhoso e bíceps e os flexores e extensores do punho e do dedo;
- e) tenossinovites: decorrem do espessamento do ligamento anular do carpo no primeiro compartimento dos extensores. São inflamações das bainhas tendinosas e geralmente acometem os músculos flexores do punho e dedos;
- f) cervicobraquialgia: dor na região cervical da coluna, podendo se disseminar para os membros superiores; os músculos mais suscetíveis são o trapézio, o elevador da escápula, os romboides, o supraespinhoso e os cervicais;
- g) síndrome do desfiladeiro torácico: compressão do feixe vasculonervoso da região cervicobraquial; caracteriza-se pela ocorrência de parestesias, alterações neurovegetativas e hipoestesia;
- h) “dedo em gatilho”: constrição inflamatória do tendão, com formação de nódulo. Atinge a superfície palmar das articulações entre falanges e metacarpo, impedindo a extensão normal dos dedos da mão; se houver força na extensão o dedo salta; e
- i) síndrome do pronador redondo: decorre da compressão do nervo mediano distalmente à prega do cotovelo, entre os dois ramos musculares do músculo pronador redondo, fásia do bíceps ou arcada dos músculos flexores dos dedos.

Nicoletti (1996, p. 3-4) refere quatro estágios evolutivos dos distúrbios osteomusculares:

Estágio 1 os DORT caracterizam-se pela ausência de sintomas e sinais objetivos. Não existe dor propriamente dita, predominam as queixas vagas de desconforto e peso nos braços, que melhoram com o repouso e nos finais de semana e nas férias. Os sintomas não são nitidamente localizados e atingem áreas envolvidas na movimentação e no posicionamento dos membros superiores, como as regiões cervicotorácica e os ombros, evidencia-se ao exame clínico contratura e dor à palpação dos músculos cervicais e dos músculos da cintura escapular. O tratamento nesta fase tem prognóstico bom;

Estágio 2 a dor já é o sintoma predominante, é tolerável, mas começa a prejudicar a produtividade, a dor é noturna e ocorre edema, formigamento, calor e distúrbios discretos de sensibilidade tátil, como sensações de aspereza e dedos grossos. Ao exame evidencia-se: contraturas musculares, dor a palpação profunda e à mobilização das articulações adjacentes;

Estágio 3 a dor é intensa, persistente e localizada. Observam-se distúrbios vasomotores, como pele quente, luzidia, sudorese, hiperemia. O espasmo muscular é comum, principalmente na região cervicotorácica, existem alterações da condução

nervosa em segmentos dos nervos periféricos que atravessam os túneis osteofibrosos, no carpo, desfiladeiro torácico e cotovelo;

Estágio 4: a dor é contínua e piora com a mobilização. Existe a dor à palpação e identificam-se, em alguns casos, hipotrofias musculares, geralmente associadas a compressão nervosa em túneis osteofibrosos.

Os principais sintomas dos DORT são a dor crônica, espontânea ou decorrente de certas movimentações passivas ou ativas do corpo, e sensações ou sintomas, como fraqueza, peso, cansaço, dormência, formigamento, agulhada e choque (OLIVEIRA, 2006). Sendo assim, a associação entre os fatores psicossociais e os problemas relacionados a doenças osteomusculares dolorosas não está esclarecida totalmente, mas estudos indicam que a dor pode estar relacionada a exigências psicológicas no trabalho que aumentariam a mobilização de energia com supressão da sensibilidade para dor e levaria em longo prazo, alterações nos tecidos musculoesqueléticos (BRASIL, 2001; MAENO et al., 2006; MENDES; LEITE, 2008; OLIVEIRA, 2006). O diagnóstico para os DORT realiza-se mediante a análise dos fatores físicos, dentre os quais a história da doença atual, os comportamentos e hábitos, os antecedentes pessoais e familiares, a história ocupacional, o exame físico detalhado e exames complementares (MAENO et al., 2006).

No Brasil, a maior identificação de distúrbios osteomusculares veio ocorrer há menos de duas décadas, em decorrência da gravidade dos sintomas e da sua incidência crescente entre trabalhadores. Torna-se um importante problema de saúde pública relacionada ao trabalho e responde por cerca de 80% dos auxílios e aposentadorias para doenças ocupacionais concedidos atualmente pela Previdência Social. Vale ressaltar que trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para o sustento de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais (empregados assalariados, trabalhadores domésticos, autônomos temporários, servidores públicos, trabalhadores de cooperativas, empregadores de micro e pequenas unidades de produção e serviços, aprendiz ou estagiários). (BRASIL, 2001).

As reformulações no mundo do trabalho surgem com a finalidade de reduzir os conflitos entre os trabalhadores e as organizações e de elevar o nível de satisfação do trabalhador. No entanto, quando essa finalidade não é alcançada, podem configurar situações de risco, bem como o adoecimento do trabalhador. Entre as categorias profissionais nas quais tem aumentado o número de acometidos por distúrbios osteomusculares estão bancários, telefonistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, operadores de caixas registradoras e operários de linhas de montagem, dentre outros.

Em Ribeiro (2012) encontra-se a classificação das doenças relacionadas ao trabalho, feita por Schilling, em três grupos: Grupo 1 – doenças que têm o trabalho como causa necessária (acidentes de trabalho e doenças profissionais reconhecidas); Grupo 2 – doenças que têm o trabalho como fator contribuinte, mas não necessário; Grupo 3 – doenças que têm o trabalho como agravante ou provocador de distúrbios latentes ou pré-existentes.

O acidente de trabalho é um acontecimento imprevisto que ocorre durante o trabalho e provoca lesão ou diminuição (temporária ou permanente) da capacidade, e pode também ocorrer a morte do trabalhador.

A doença profissional ou relacionada ao trabalho é considerada também acidente de trabalho. O agravo é produzido pelo exercício da atividade, ou seja, se a causa do agravo for suprimida, poderá ser prevenida. Sendo assim, o trabalho é um dos fatores de risco e a retirada do fator pode reduzir a incidência do agravo, modificar a evolução da doença e provocar distúrbios latentes ou incapacidade funcional (BRASI, 1991).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição do termo incapacidade refere-se

[...] à abrangência de diversas manifestações de uma doença tais como: prejuízo nas funções do corpo, dificuldades na realização de certos movimentos e dificuldades em desempenhar as atividades da vida diária podendo ser influenciada por fatores sociais, econômicos, culturais e psicológicos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, p. 4).

O Ministério do Trabalho e Previdência Social, pela Portaria MPAS n.º 4062, de 6 de agosto de 1987 (BRASIL, 1987), considera como doença do trabalho todos os casos adquiridos ou desencadeados em função de condições em que o trabalho é realizado. Na ocorrência do acidente, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) deve ser expedida pelo empregador ou por pessoa ou órgão competente (CARVALHO et al., 2009). A citada Lei n.º 8213/91, de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 1991), da legislação da previdência social, dispõe sobre os benefícios da previdência sobre os agravos à saúde do trabalhador.

No Brasil, ainda existem as subnotificações dos DORT. Isso ocorre porque a notificação compulsória e a CAT não são realizadas adequadamente. A CAT representa o acesso ao Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT) e ao recebimento de benefícios da Previdência Social por incapacidade, nos períodos de tratamento e recuperação (BRASIL, 2001). As doenças relacionadas ao trabalho, os acidente de trabalho fatal e as mutilações, os acidentes com exposição a material biológico relacionados ao trabalho, câncer, dermatites, DORT e a perda auditiva são também doenças de notificação compulsória, regulamentadas pela

Portaria n.º 777/GM, de 28 de abril de 2004 (BRASIL, 2004). O Art 1º dessa Portaria regulamenta “[...] a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador – acidentes e doenças relacionadas ao trabalho – em rede de serviços sentinela específica” (BRASIL, 2004, p. 1). A organização de redes sentinelas serve como fonte de notificação especializada para a detecção de doenças preveníveis, incapacidade ou morte inesperada.

No tocante ao número de casos de DORT entre as regiões brasileiras, o DATASUS (BRASIL, 2010) refere a maior incidência nos seguintes estados: na Região Norte, o Amazonas (42,51%); na Região Nordeste, a Bahia (33,68%); na Região Centro-Oeste, o Distrito Federal (32,87%); na Região Sudeste, São Paulo (62,82%), e, na Região Sul, o Rio Grande do Sul (44,72%).

No que diz respeito ao número de acidentes de trabalho, conforme dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o número de acidentes notificados em 2009 foi de 733.365 e, em 2010, foram 701.496 (BRASIL, 2010). Em relação ao valor do auxílio-doença para os distúrbios osteomusculares cujo benefício é concedido ao segurado impedido de trabalhar por acidente/doença, houve um aumento significativo: em 2009, foram registrados 253.374; em 2010, 296.459, e em 2011, foram 338.731 acidentes/doença. Em relação aos benefícios concedidos em 2007 na cidade de Salvador por DORT, foram registrados 3.940 a mais e correspondem a 21,76% de aumento em relação a outros estados brasileiros. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Há dois tipos de auxílio-doença: o auxílio-doença acidentário (B.91) e o auxílio-doença previdenciário (B.31). São pagos pelo INSS ao trabalhador, a partir de 15 dias de afastamento do trabalho. O B.91 é o auxílio-doença por acidente de trabalho, inclusive de trajeto, doença ocupacional ou auxílio doença acidentário, após a perícia médica do INSS, quando comprovado o nexo causal, ou seja, entre o trabalho exercido e o acidente ou doença apresentada. O B.31 é o auxílio previdenciário para o trabalhador impedido para o trabalho por doença ou acidente, mas não apresenta nexo com o trabalho. Para efeito do recebimento de benefício ou afastamento das atividades laborais, o médico do INSS deve reconhecer o nexo causal e caracterizar as afecções como DORT. No Brasil, no Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2010, que apresenta o conjunto de dados em relação à concessão de benefícios, sejam temporários ou permanentes, mostra a importância das medidas preventivas (FREITAS; SILVA, 2011).

Entre os vários estudos encontrados, algumas ocupações têm se destacado em relação à frequência para os distúrbios osteomusculares, como bancários, auxiliares e técnicos de enfermagem e serviços gerais, em função do trabalho repetitivo, do ambiente e das relações de trabalho, gerando estressores e causando o adoecimento (GUIMARÃES, 2005; VARELA; FERREIRA, 2004). Devido ao aumento do número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, foram criados os Centros de Referência em todo o Brasil, para realizar estudos, pesquisas e prestar assistência e esclarecimento ao trabalhador, no período do adoecimento.

Na Portaria MS/SAS n.º 656/2002, de 20 de setembro de 2002 (BRASIL, 2002), o governo liberou a implantação da Rede Nacional de Assistência à Saúde. Em consequência, foram criados os centros de referência – um serviço para o trabalhador receber um atendimento especializado – como fontes geradoras de conhecimento, e avaliar as doenças apresentadas pelo trabalhador, bem como os problemas de saúde coletiva e ambiental relacionados ao uso de agrotóxico. Tendo em vista a gravidade dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, não apenas no contexto internacional, mas também no nacional, no estado Bahia, em Salvador, o foco do nosso estudo, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Salvador (CESAT) realiza atividades de prevenção, diagnóstico e tratamentos das doenças causadas pelo trabalho, mapeia riscos e desenvolve pesquisas de interesse clínico e ambiental, bem como ações de vigilância para a promoção e proteção da saúde do trabalhador e programa de readaptação funcional, tendo em vista que, após o adoecimento e o tratamento, o trabalhador precisa retornar às atividades laborais (PENA; BAPTISTA, 2011).

Em relação à readaptação funcional, os Centros de Reabilitação Profissional no Brasil (CRPs) foram criados para avaliar, recuperar e reabilitar o profissional, somente trabalhadores contribuintes da Previdência Social. Nas décadas de 1970 e 1980, porém, houve uma expansão e consolidação deste serviço. Na década de 1990, ocorreu uma redução e quase extinção. Por serem omissos, a prevenção e a fiscalização das condições de trabalho estavam totalmente dissociadas (TAKAHASHI; CANESQUI, 2003). A questão das transformações dos processos de trabalho é abordada por Oliveira et al. (2011, p. 148), que admitem: “[...] devem ser buscados instrumentos que possibilitem aos próprios interessados (trabalhadores e empregadores) uma participação mais efetiva sobre as decisões que afetam o trabalho.”

Como visto, a qualidade de vida do trabalho pode ser impactada negativa ou positivamente por qualquer mudança no ambiente do trabalho, pois a atividade laboral ocupa o centro da vida das pessoas. Por esta razão, deve ser vista pelo trabalhador como um meio para exercer sua criatividade, adquirir identidade e buscar o equilíbrio, desde o adoecimento



até a reabilitação e reinserção no trabalho, resgatando a autonomia funcional e o equilíbrio emocional, e não apenas para se manter economicamente (MENDES; LEITE, 2008).

#### 2.4 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida apareceram na literatura na década de 1970 e têm como objetivo medir as mudanças ocorridas ao longo do tempo, tanto de uma população como apenas de um indivíduo. Sua escolha deve estar “[...] fundamentada no propósito do estudo, e também se as pessoas que vão participar do estudo são capazes de responder aos itens, ou por falta de entendimento ou se o tempo gasto nas respostas, para não haver dano à pesquisa” (DUARTE; CICONELLI, 2006, p. 13).

Muitas discussões sobre Qualidade de Vida levaram a alterações na maneira de aferição e, conseqüentemente, no formato dos instrumentos de avaliação. Consoante Paschoal (2000, p. 15):

Talvez a mais importante (alteração) tenha sido a mudança de uma avaliação baseada na medida de parâmetros objetivos para outra que leva em conta a percepção subjetiva do indivíduo de sua própria condição. Não menos importante, mas decorrente daquela, foi a mudança baseada na impressão do pesquisador para aquela onde [sic] o julgamento é dado pelo próprio indivíduo, que é o único que sente e que pode avaliar objetiva e subjetivamente sua situação.

Os instrumentos utilizados atualmente foram desenvolvidos, grande parte, nos Estados Unidos e na Inglaterra. Para a utilização de um instrumento, a primeira opção é a criação de um novo instrumento. Isto, porém, requer tempo e custo, por isso escolhe-se traduzir, adaptar culturalmente e validar. Nesse processo de tradução e adaptação cultural, é fundamental, que o tradutor mantenha as características do instrumento original, ou seja, as suas propriedades psicométricas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1995). Para Ciconelli et al. (1999), além disso, o questionário traduzido deve ter uma linguagem simples e clara.

Quando se escolhe um instrumento para “[...] traduzir e adaptar deve ser solicitada a autorização do autor, e após a concessão o projeto deve ser encaminhado ao Comitê de Ética para atender a Resolução n.º 196 do Conselho Nacional de Saúde”. (PASQUALI et al., 2010, p. 507). O passo seguinte para a elaboração da versão do instrumento é iniciar a tradução, que deve ser realizada por uma pessoa que seja fluente em português e inglês. Quando se trata de um instrumento com propriedades multidimensionais, deve ser utilizada a técnica de tradução reversa, ou seja, a versão é traduzida e retraduzida para o idioma

original por bilíngues que não conheçam o instrumento (PASQUALI et al., 2010). Estes autores referem ainda que a diferença de idiomas, principalmente da gramática, pode trazer problemas, por não existir uma palavra equivalente e a tradução ficar com duplo sentido; é essencial, porém, que a versão retraduzida mantenha-se próxima da original. Alexandre e Coluci (2011) referem alguns passos essenciais nesse processo: além da tradução inicial, é essencial a revisão, por um comitê, e a realização de um pré-teste.

Os mais importantes atributos desses instrumentos são: validade, confiabilidade, responsividade e sensibilidade (ALEXANDRE, COLUCCI, 2011).

Pasquali et al. (2010, p. 188) referem que “[...] os procedimentos empíricos, a análise de conteúdo, os procedimentos teóricos finais são o início do processo de validação, na abordagem psicométrica”. A validade de um instrumento diz respeito à sua capacidade de medir o construto ao qual se propõe (PASQUALI et al., 2010), ou seja, diz respeito à correspondência isomórfica entre o fenômeno psicológico investigado e o objeto utilizado para sua mensuração (teste psicológico). Existem diferentes tipos de validade, a saber:

- a) validade aparente – avalia, de forma subjetiva, se o instrumento está medindo o que se pretende medir;
- b) validade de critério – busca estabelecer critérios externos de comparação, tais como outras medidas, a fim de que possam ser obtidas elevadas correlações entre o instrumento sob validação e outros instrumentos já validados;
- c) validade de conteúdo – analisa se os itens representam teoricamente a dimensão que se pretende medir; e a
- d) validade de construto compara o resultado obtido com o instrumento com parâmetros clínicos e laboratoriais, além de serem utilizadas técnicas estatísticas para definição da estrutura fatorial do construto (CRUZ, 2005; DUARTE; CICONELLI, 2006; PASQUALI et al., 2010).

A confiabilidade refere-se a quão bem uma medida pode ser replicada nas mesmas pessoas, produzindo resultados semelhantes, ou a consistência interna entre os itens que avaliam um mesmo construto ou uma mesma dimensão. Tal parâmetro pode ser estatisticamente testado por meio do coeficiente de correlação intraclasse e o coeficiente alfa de Cronbach, utilizado na grande maioria dos estudos que fazem uso de escalas graduadas. Para pesquisas que fazem uso do alpha de Cronbach, admite-se um valor de 0,70 como

mínimo aceitável para se considerar uma dimensão ou construto fidedigno. Vale destacar que confiabilidade e validade são parâmetros distintos, sendo possível um instrumento ser válido e não ser fidedigno, e vice-versa.

A responsividade, também chamada de sensibilidade para mudanças, é a habilidade de a medida identificar diferenças entre afecções leves e severas entre pacientes ou grupos de pacientes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O instrumento de medida pode ser unidimensional (avalia apenas um domínio, por exemplo, a intensidade da dor) ou multidimensional (representado pela variedade de domínios que se propõe a avaliar: o domínio físico, o psicológico e o social). (CRUZ, 2005). Um instrumento de mensuração da Qualidade de Vida pode conter um ou vários itens, que podem ser agrupados em domínios separados. Um domínio identifica um foco e refere-se ao comportamento que se pretende medir. Pode estar relacionado à capacidade funcional, às funções fisiológicas ou ao comportamento afetivo e emocional, tudo para a avaliação subjetiva da qualidade de vida. O conjunto de itens (questões) de um questionário denomina-se domínio, ou seja, a dimensão que se pretende medir (DUARTE; CICONELLI, 2006). Os itens devem ser claros, objetivos, simples, precisos e constituídos com base na teoria que os originou (PASQUALI et al., 2010).

A aplicação de questionários proporciona pontuações que resultam em escores ou resultados das dimensões avaliadas (DUARTE; CICONELLI, 2006). No que diz respeito à soma do questionário, o escore é a avaliação quantitativa do instrumento, e este vai nortear em números o construto avaliado, delimitando valores que vão mensurar a qualidade de vida em relação à capacidade ou incapacidade funcional; a limitação ou não à dor e variáveis de risco, ou seja, quantificam as medidas subjetivas.

A forma de aplicação dos instrumentos aos respondentes para avaliação da qualidade de vida pode ser entrevista, *internet*, correio, outra pessoa, ou autoadministrável. Podem ocorrer, porém, algumas desvantagens em relação à opção por entrevista, pois exige treinamento das pessoas que vão aplicá-la. Por telefone, o instrumento deve ser curto; pelo correio, o retorno dos questionários pode ser reduzido; os questionários autoadministrados têm menor custo, porém analfabetos devem ser excluídos; e por uma terceira pessoa (pai, esposo, cuidador, esposa, filho) a desvantagem seriam as respostas que difeririam daquelas oferecidas pelo respondente e enviesariam a pesquisa (DUARTE; CICONELLI, 2006). Os questionários, instrumentos que mensuram a qualidade, são “[...] utilizados com a finalidade

de transformar medidas subjetivas em dados objetivos para que possa ser quantificado o construto qualidade de vida” (CICONNELLI, 2003, p. 10).

#### **2.4.1 Tipos de instrumentos**

Os instrumentos de medidas, de acordo com o foco, podem ser genéricos ou específicos. As medidas genéricas têm por objetivo a avaliação da QV em qualquer população. Elas podem ser utilizadas para mensurar simultaneamente várias áreas ou domínios e permitem comparações com diferentes patologias (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Medidas abrangentes, como as genéricas, podem não avaliar de forma suficiente a QV de alguns grupos de pessoas e falham na sensibilidade para detectar aspectos particulares. Para Lopes et al. (2006), instrumentos classificados como genéricos quantificam a percepção do paciente sobre seu estado de saúde geral. Os instrumentos específicos apresentam maior vantagem por detectar mudanças específicas em doenças, como diabetes, doença pulmonar e artrite, ou para determinada população, como crianças, adultos e idosos, bem como para determinadas funções, como capacidade funcional e função sexual. São mais sensíveis clinicamente, porém têm a desvantagem de não permitir comparações entre patologias distintas (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006).

Para Campos e Rodrigues (2008, p. 234, 235):

[...] a principal característica de um instrumento é a sensibilidade para medir alterações após determinada intervenção [...] e detectar particularidades em determinadas doenças e tratamentos. Por isso a necessidade de instrumentos específicos capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV detectando a melhora ou piora no tratamento ou intervenção.

#### **2.4.2 Categorização dos instrumentos**

Na literatura internacional são inúmeros os estudos relacionados a instrumentos que avaliam a Qualidade de Vida, sendo mais utilizadas as medidas genéricas. Nesse sentido, o WHOQOL Group propõe uma divisão dos vários instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida em categorias, observando-se, no Quadro 5, sua categorização.

**Quadro 5** – Categorização dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida

<b>Categorias dos instrumentos</b>		
Qualidade de vida em geral	Mensura a Qualidade de Vida de modo global, utilizando-se os vários domínios de forma igualitária, como: motivação, desejos, bem-estar, satisfação e oportunidades.	<i>World Health Organization Quality of Life – 100 (WHOQOL-100)</i> <i>WHOQOL-Bref</i>
Qualidade de vida relacionada a uma doença específica	Mensura aspectos relacionados a uma doença específica e determinada patologia, como câncer e doença renal.	<i>Kidney Disease and Quality of Life Short Form</i> <i>Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire</i>

Fonte: World Health Organizations (1995, p. 1404).

### 2.4.3 Instrumentos genéricos

As medidas genéricas de avaliação mensuram o construto de modo global, utilizando os vários domínios (físico, psicológico, social, ambiental) de forma igualitária, não se restringindo à sintomatologia. Avaliam de modo geral o impacto de uma doença no indivíduo ou permitem comparar duas enfermidades distintas; servem para avaliar a eficácia de políticas públicas e programas de saúde (LIMA; FLECK, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Esses instrumentos mensuram vários aspectos da qualidade de vida, porém têm a desvantagem de não demonstrar as alterações específicas da doença (AGUIAR et al., 2008). Um aspecto importante é que esses instrumentos partem de uma definição genérica do termo Qualidade de Vida, porém os indivíduos estudados incluem pessoas saudáveis da população, não se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Os instrumentos genéricos têm como desvantagem não detectar alterações em aspectos específicos, porém são precisos para obter análises sobre o aspecto geral de saúde. A seguir, alguns dos instrumentos genéricos desenvolvidos na literatura internacional que foram traduzidos, adaptados culturalmente ou validados no Brasil.

#### a) *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100)*

É um instrumento multidimensional genérico, não relacionado à saúde, validado por Fleck et al (1999), e avalia a QV com abordagem transcultural (FLECK, 2000; FLECK et al.,

2008; CHACHAMOVICH et al, 2008; FLECK; SKEVINGTON, 2007). Foi desenvolvido com base no princípio de que o conceito de qualidade de vida é abrangente e pode ser aplicado a várias doenças e situações não médicas. Avalia o desconforto, o sono, a fadiga, a imagem corporal, a autoestima, a mobilidade, o apoio social e a atividade sexual.

É um instrumento extenso, composto de 100 questões em seis domínios, a saber: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiental e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Os domínios têm, no total, 24 facetas e cada faceta é composta de quatro perguntas; as perguntas são respondidas por intermédio de quatro tipos de escalas de respostas: de intensidade (nada – extremamente); capacidade (nada – completamente); frequência e avaliação (muito satisfeito; muito insatisfeito; muito ruim; muito bom). A 25ª questão trata de perguntas (4) gerais sobre qualidade de vida. As características psicométricas da versão validada no Brasil são semelhantes à versão original (FLECK et al., 1999).

b) *World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref)*

Foi criado por necessidade de um instrumento mais curto, que exigisse pouco tempo para o preenchimento. Validado no Brasil por Panzini et al. (2007). O instrumento WHOQOL-Bref mantém as características psicométricas do WHOQOL-100. Foi validado no Brasil por Fleck em 2000. O instrumento é composto por 26 questões: duas são gerais, sobre qualidade de vida, e as outras 24 facetas e quatro domínios – físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente. Cada faceta é avaliada por apenas uma questão (FLECK, 2000).

c) *World Health Organization Quality of Life – Human Immunodeficiency Virus (WHOQOL-HIV/Aids)*

Desenvolvido em função da importância da doença *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e o seu impacto na qualidade de vida. O WHOQOL-100 não avalia qualidade de vida de forma completa para pessoas com HIV; por isso, foi desenvolvido um módulo no WHOQOL-100 que inclui a avaliação da qualidade de vida para pessoas que vivem com HIV. É composto de seis domínios e 29 facetas. As facetas específicas para pessoas com HIV/Aids têm 4 questões. No domínio físico, compõe a faceta “sintomas de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHAs)”; no domínio psicológico, inclui a faceta “inclusão social”; no domínio

aspectos espirituais/religião/crenças pessoais, o acréscimo das facetas “perdão e culpa”; preocupações sobre o futuro e morte e morrer. Esses itens foram organizados para uma escala de resposta do tipo Likert (capacidade, frequência, intensidade e satisfação). Desse modo, podem ser avaliadas as circunstâncias e peculiaridades da doença, conhecendo-se seu impacto na vida de pessoas com HIV (ZIMPEL, 2003).

d) *World Health Organization Quality of Life – Spirituality Religiousness and Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB)

Esse módulo avalia de que modo a espiritualidade, religião e crenças pessoais estão relacionadas à qualidade de vida. WHOQOL–SRPB é um módulo que complementa o instrumento WHOQOL–100. Possui oito facetas adicionais ao domínio Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais – conexão com o ser ou força espiritual, sentido na vida, admiração, totalidade e integração, força espiritual, paz interior, esperança e otimismo e fé. O Grupo WHOQOL considera que “[...] em termos conceptuais é importante o estudo da relação espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais na qualidade de vida” (PANZINI et al., 2007, p. 114). Esse módulo deve ser utilizado adicional ao WHOQOL-100 ou WHOQOL-Bref (FLECK, SKEVINGTON, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997)

e) *World Health Organization Quality of Life Old* (WHOQOL-OLD)

É um instrumento transcultural adicional, ou seja, para ser utilizado com o WHOQOL-100 ou WHOQOL-Bref. Foi criado com o objetivo de oferecer itens para avaliação da qualidade de vida em idosos e permite comparações fidedignas em diferentes culturas. Validado no Brasil por Fleck e colaboradores em 2006. É composto de 24 questões em seis domínios: funcionamento do sensorio, autonomia, atividades pessoais, participação social, morte e morrer e intimidade. Os itens foram organizados para uma escala de resposta do tipo Likert (capacidade, frequência, intensidade e satisfação). (CHACHAMOVICH et al., 2008; FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

f) *Medical Outcomes Study* (SHORT FORM-36 – SF-36)

Instrumento multidimensional, validado no Brasil por Ciconelli e colaboradores, em 1999, avalia o impacto da doença. É aplicável em pessoas com doenças crônicas, como artrite,

hipertensão, depressão e dor lombar, e pacientes críticos, com comprovada validade, credibilidade e capacidade discriminatória entre populações no decorrer do tempo (MORSCH; BARROS, 2006). Domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Avalia tanto aspectos positivos (bem-estar) como aspectos negativos (doença). Para avaliação dos resultados, é atribuído um escore para cada dimensão e é transformado em uma escala de 0 a 100, na qual a maior pontuação indica melhor qualidade de vida (CICONELLI et al., 1999).

g) Escala de Qualidade de Vida de Flanagan

O instrumento foi desenvolvido pelo psicólogo americano John Flanagan, na metade da década de 1970. É genérico, foi traduzido por Hashimoto e colaboradores em 1996, mas não foi validado para a população brasileira. Avalia QV em adultos e idosos. Avalia o grau de satisfação de indivíduos em relação a cinco dimensões: bem-estar físico e mental, relação com outras pessoas, envolvimento com atividades sociais e comunitárias e cívicas. O respondente tem sete opções de resposta que vão de (1) é muito insatisfeito até (7) é muito satisfeito (NISHIMURA, 2008).

h) *Sickness Impact Profile* (SIP)

O SIP é uma medida genérica desenvolvida para fornecer uma avaliação do estado de saúde percebido. O SIP contém 136 itens distribuídos em 12 domínios: sono/descanso, alimentação, trabalho, gerenciamento da casa, recreação, deambulação, mobilidade, cuidado com o corpo e movimento, interação social, comportamento de vigília, comportamento emocional e comunicação (VAN STRATEN et al., 1997).

i) *Nottingham Health Profile* (NHP)

O instrumento é genérico, traduzido e validado no Brasil por Teixeira-Salmela et al. (2004). É utilizado para avaliar a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. Atualmente, tem sido empregado para pessoas com doença de Parkinson e com hemiplegia. A escala é simples e não mensura todos os domínios da qualidade de vida, porém fornece uma medida simples da saúde física, social e emocional do indivíduo. Domínios:



mobilidade física, nível de energia, dor, reações emocionais, sono, isolamento social. Para as autoras, o instrumento é sensível para discriminar indivíduos saudáveis de pacientes com sintomas de fadiga (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004).

j) *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (NMQ)

É um instrumento genérico, validado por Pinheiro e colaboradores em 2002, utilizado para mensurar a ocorrência de sintomas osteomusculares, como dor em pescoço, ombro, cotovelo, antebraço, punho/mão/dedo, região dorsal, região lombar, quadril/coxa, joelho, tornozelo/pé. Domínio: Físico. É dividido em três partes. A primeira seção consta de uma figura do corpo humano visto posteriormente, dividido em nove regiões anatômicas, para escolhas múltiplas ou binárias quanto à ocorrência de sintomas nas diversas regiões; a segunda consta do relato de presença de sintomas considerando os 12 meses e os 7 dias que precedem a entrevista. Foi incluída uma terceira seção para medir variáveis sociodemográficas, ocupacionais, hábito e estilo de vida (atividade física e exercícios). (PINHEIRO; TRÓCCOLI; CARVALHO, 2002).

k) *Spitzer Quality of Life Index* (SA-QLI)

Um instrumento genérico, traduzido e adaptado culturalmente por Toledo e colaboradores em 2008. Avalia a dor lombar crônica em pacientes brasileiros. Inicialmente, foi utilizado em pessoas com câncer e doenças crônicas, para avaliação da qualidade de vida. Na literatura internacional, evidencia-se o emprego do QLI na avaliação da qualidade de vida de pacientes idosos com disfunções osteomusculares. Domínios: funcionamento da vida, atividade ocupacionais/domésticas, atividades de vida diária, percepção da própria saúde/suporte da família, percepção das perspectivas de vida. Cada domínio é formado por três questões. É uma medida segura e confiável para ser utilizado, na população brasileira em pessoas com dor lombar (TOLEDO; ALEXANDRE; RODRIGUES, 2008).

l) *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLQ- C-30)

É um instrumento utilizado para medir a QVRS de pessoas com câncer, validado no Brasil por Brabo e colaboradores em 2006. A mensuração da qualidade de vida por meio do

EORTC QLC-30 tem sido utilizada para avaliar ensaios clínicos com quimioterápicos e medir os efeitos colaterais da quimioterapia. Possui 30 questões, que compõem cinco domínios: funções físicas, funções cognitivas, emocional, social, desempenho de papel. Possui três escalas de sintomas – fadiga, dor, náusea e vômito – numa escala de estado geral. Contém mais cinco itens que avaliam dispneia, insônia, perda do apetite, constipação e diarreia. Avalia também o impacto financeiro da doença e do tratamento. O módulo C-30 avalia a QV de pessoas com câncer e o módulo BR-23 investiga a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama (SAWADA et al., 2009).

m) *Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI)*

O instrumento é genérico, validado no Brasil por Kimura e colaboradores em 1999. É aplicável em qualquer população. Existe versão específica para pessoas com esclerose múltipla, epilepsia, acidente vascular cerebral (AVC), câncer e problemas pulmonares. A primeira parte do instrumento destina-se a avaliar a satisfação com a vida; a segunda, avalia a importância atribuída pelo indivíduo para cada item. A escala possui 33 itens distribuídos em quatro domínios: saúde e funcionamento, socioeconômico, psicológico e espiritual e família. A escala varia de “muito insatisfeito” (1) a “muito satisfeito” e “sem nenhuma importância” (1), a muito importante (KIMURA; SILVA, 2009).

n) *Work-related activities that may contribute to job-related pain and/or injury*

O instrumento é genérico e foi validado por Coluci e colaboradores em 2008. Criado com o objetivo de identificar os fatores mais problemáticos relacionados ao trabalho que podem estar contribuindo para o desenvolvimento de distúrbios osteomusculares, mas não avalia pessoas afastadas das suas atividades laborais. O instrumento foi desenvolvido para obter a percepção dos trabalhadores quanto a 15 fatores de risco diferentes e sua contribuição para os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Neste tipo de instrumento, o escore da escala vai de zero a dez, sendo que zero significa “sem problema” e dez significa com “maior número de problemas” (COLUCI; ALEXANDRE, 2009). O Quadro 6 expõe uma síntese dos instrumentos genéricos.

**Quadro 6 – Síntese dos Instrumentos Genéricos**

(Continua)

<b>Instrumento</b>	<b>Itens</b>	<b>Domínios</b>	<b>Escore</b>	<b>Objeto de Mensuração</b>
<i>Medical Outcomes Study 36</i> <i>Short Form-36</i>	36	Domínios: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; vitalidade; estado geral de saúde; aspectos sociais; aspectos emocionais; saúde mental.	Escore de 0 a 100 obtidos com base em uma relação de quesitos sobre vários aspectos da qualidade de vida. Quanto maior for o escore, melhor é a qualidade de vida.	Saúde global Dor lombar.
Escala de Qualidade de Vida de Flanagan	15	Domínios: bem-estar físico e material; relacionamentos; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal e recreação.	Escore de 15 a 105. Maior pontuação melhor qualidade de vida.	Percepção geral de qualidade de vida.
<i>Nottingham Health Profile (NHP)</i>	38	Domínios: mobilidade física; nível de energia; dor; reações emocionais; sono; isolamento social.	Cada resposta positiva corresponde a 1 e cada resposta negativa corresponde a zero. A pontuação máxima é 38. Menor pontuação melhor QV.	A qualidade de vida em portadores de doença crônica.
<i>Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ)</i>	9	Domínio: físico.	Escore de 0 a 4. Maior escore, maior registro de sintomas.	Ocorrência de sintomas osteomusculares.
<i>Spitzer Quality of Life Index (QLI)</i>	24	Domínios: funcionamento da vida; atividades ocupacionais/ domésticas; atividades de vida diária; percepção da própria saúde; suporte da família e percepção das perspectivas de vida.	Escore de 0 a 10. Maior escore, melhor qualidade de vida.	Dor lombar/algias dorsais.
<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)-C-30 e BR-23</i>	30	Domínios: funções físicas; funções cognitivas; emocional; social; desempenho de papel.  O módulo C-30 avalia a QV de pessoas com câncer e o módulo BR-23 investiga a QV de mulheres com câncer de mama.	O escore do instrumento é de 0 a 100, em que 100 significa pior QV.	Mensura os efeitos da doença.
<i>Ferrans e Powers Quality of Life Index</i>	33	Domínios: saúde e funcionamento; socioeconômico; psicológico e espiritual; família.	O escore do instrumento vai de 0 a 30. Maiores valores caracterizam melhor qualidade de vida.	Satisfação com a vida.
<i>Work-related activities that may contribute to job-related pain and/or injury</i>	15	Domínio: físico; ambiente.	O escore do instrumento vai de 0 a 10 em que 0 significa sem problemas e 10 maior problema possível.	A percepção do trabalhador em relação aos fatores de risco que podem contribuir para o aparecimento dos DORT.

Fonte: Elaboração própria.

#### 2.4.4 Instrumentos específicos

As medidas específicas relacionam a qualidade de vida a experiências com doenças, agravos e intervenções médicas. Os instrumentos específicos identificam mudanças clínicas importantes nos pacientes, sendo mais adequada a sua utilização devido à sua melhor resposta a mudanças. Podem ser específicos para uma população (criança, idoso); determinada doença renal, AIDS; ou problema específico (dor, mobilidade). A ênfase é sobre os sintomas, incapacidades e limitações; são multidimensionais e avaliam a percepção geral da qualidade de vida. Os instrumentos específicos mensuram sintomas, funcionamento e incapacidades.

A utilização de instrumentos específicos favorece a identificação das características relacionadas a uma doença específica, para avaliação do seu impacto no tratamento e da qualidade de vida. Os questionários encontrados na literatura, para mensurar os distúrbios osteomusculares, são importantes e eficazes, porém são aplicados para medir a dor e a incapacidade e não avaliam a percepção da qualidade de vida dos trabalhadores com diagnóstico de DORT.

Encontramos inúmeros trabalhos sobre QV em diferentes especialidades médicas, como neurologia, psiquiatria, urologia, nefrologia ginecologia, angiologia e em psicologia cuja ênfase é sobre sintomas, incapacidades ou limitações. Para Leal (2008), os instrumentos específicos que mensuram a qualidade de vida permitem explorar o efeito de uma doença sobre a vida do indivíduo, avaliar aspectos como as disfunções, desconfortos físicos e emocionais, contribuindo na decisão, planejamento e avaliação de determinados tipos de tratamentos.

Ressalta-se que existe uma crítica entre os autores em relação aos instrumentos específicos, por não permitirem comparações entre patologias distintas e serem restritos para estudar populações específicas e intervenções (AGUIAR et al., 2008; CORRER et al., 2008).

A seguir apresentam-se alguns instrumentos específicos desenvolvidos na literatura internacional, que foram traduzidos, adaptados culturalmente ou validados no Brasil:

a) *Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)*

É um instrumento específico, que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com doença renal crônica terminal e que realizam algum programa dialítico. Foi traduzido, adaptado culturalmente e validado por Duarte e colaboradores em 2006, e inclui o instrumento genérico suplementar SF-36 item *short-form health survey* (SF-36), e o KDQOL, específico para doença renal. É composto de 11 domínios: sintomas/problemas, efeitos da doença renal sobre a vida diária, sobrecarga imposta pela doença renal, condição de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais função sexual; e sono. Mais três escalas adicionais: suporte social, estímulo da equipe da diálise e satisfação do paciente. Existe uma limitação do questionário, pois só pode ser aplicado em pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em tratamento dialítico (DUARTE; CICONELLI; SESSO, 2005).

b) *Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQOL)*

O instrumento avalia Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Validado por Mattos e colaboradores em 2006, avalia o impacto da doença na qualidade de vida de adultos com TDAH relatado nas atividades diárias desses pacientes. Composto de 29 itens em quatro domínios: produtividade, saúde psicológica, perspectivas de vida e relacionamentos. As respostas foram formuladas em uma escala do tipo Likert que mede intensidade, capacidade e avaliação. Os autores referem que o instrumento demonstrou ter excelente validade de construto na avaliação dos diferentes indicadores de qualidade de vida em pacientes com TDAH (MATTOS; COUTINHO, 2007; MATTOS et al., 2011).

c) *Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil)*

O instrumento é específico para a população com diabetes. Validado por Correr e colaboradores em 2007, o instrumento é importante para avaliação de mudanças após uma intervenção terapêutica, seja educativa ou farmacológica. Composto de 46 questões em quatro domínios: satisfação, impacto, preocupação sociais/vocacionais e preocupações relacionadas ao diabetes. As respostas estão organizadas em uma escala Likert de 5 pontos. A satisfação está distribuída em uma escala de intensidade (1=muito satisfeito; 2=bastante satisfeito; 3=médio satisfeito; 4=pouco satisfeito; 5=nada satisfeito). As respostas dos domínios de impacto e das preocupações estão distribuídas em uma escala de frequência (1=nunca; 2=quase nunca; 3=às vezes; 4=quase sempre; 5=sempre) (CORRER et al., 2008).

d) *Seattle Angina Questionnaire (SAQ)*

O instrumento foi validado por Franzen em 2005. e é específico para população com angina estável. É composto de 19 itens e avalia cinco dimensões clinicamente importantes da doença: limitação física, estabilidade da angina, frequência da angina, satisfação no tratamento e percepção da doença (FRANZEN, 2005).

e) *Beck Depression Inventory (BSI)*

O instrumento foi validado no Brasil, inicialmente, por Gorenstein e Andrade, em 1996, e, em 2007, por Gandini e colaboradores, para ser utilizado em mulheres com câncer de mama. O instrumento discrimina indivíduos normais de deprimidos e ansiosos. Contém 21 itens: tristeza, pessimismo, senso de fracasso, falta de insatisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro,

irritabilidade, retração social, indecisão, distorção de imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição do libido. No estudo de Gandini et al. (2007), foram excluídos oito itens (insatisfação, expectativa de punição, retraimento social, indecisão, irritabilidade, perda de peso, choro e preocupação somática). (GANDINI et al., 2007).

f) *King's Health Questionnaire (KHQ)*

Escala validada por Fonseca e colaboradores em 2005, sendo utilizada para mensurar a qualidade de vida em pessoas com disfunção urinária. Contém 30 itens em nove domínios: percepção da saúde, o impacto da incontinência, as limitações do desempenho das tarefas, limitação física, limitação social, relacionamento pessoal, emoções, sono e energia, e medidas de gravidade. Esses domínios avaliam os sinais de incontinência, como frequência urinária, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, incontinência urinária de esforço, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga (FONSECA et al., 2005).

g) *Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ)*

O instrumento foi validado por Gutierrez e colaboradores em 2000, e mede a qualidade de vida em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica. É composto por 29 itens distribuídos em quatro domínios: função física (mede o grau de dispneia e a extensão da limitação física, função emocional (avalia o impacto da doença no bem-estar psicológico, habilidade de *Coping* (mede a autoeficácia) e satisfação com o tratamento (avalia o grau de satisfação do paciente com o cuidado recebido, especificamente para a sua doença pulmonar). (GUTIERREZ, 2000).

h) *Saint George' Respiratory Questionnaire*

O instrumento é específico para pessoas portadoras de doença pulmonar obstrutiva crônica e avalia o impacto das intervenções na QV. Validado no Brasil por Sousa e colaboradores em 2000. Possui 76 itens e três domínios: sintomas (avalia frequência de tosse e falta de ar), aspectos psicossociais e atividade e impactos (SOUSA; JARDIM; JONES, 2000).

i) *Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL)*

Foi validado por Santos e colaboradores em 2007. A escala possui 49 itens em 12 domínios: energia, papel na família, linguagem, humor, personalidade, autocuidado, papel

social, pensamento, visão, função do membro superior, trabalho e produtividade. A primeira parte avalia o grau de dificuldade em relação aos domínios referidos; na segunda parte, a pessoa deve opinar sobre energia, ânimo (modo de pensar), comportamento, relações sociais e relações familiares. Possui uma questão para avaliar a qualidade de vida geral antes e após Acidente Vascular Encefálico (AVE). A SS-QOL é uma medida válida e confiável da qualidade de vida no AVE isquêmico. A quantificação das respostas é realizada mediante a escala de pontos do tipo Likert, de 1 a 5 (SANTOS, 2007). O Quadro 7 apresenta a síntese dos instrumentos específicos.

### Quadro 7 – Síntese de Instrumentos Específicos

(Continua)

Instrumento	Itens	Domínios	Escores	Objeto de Mensuração
<i>Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)</i>	36 do SF e 44 do KDQOL	Contém os Domínios do SF-36.  KDQOL - específicos para pessoas com insuficiência renal. Domínios: sintomas/problemas, efeitos da doença renal sobre a vida diária, sobrecarga imposta pela doença renal, condição de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais função sexual e sono. Mais 3 escalas adicionais: suporte social, estímulo da equipe da diálise e satisfação do paciente.	O escore é de 0 a 100. Escore maior significa melhor QV.	Avalia a doença renal crônica terminal.
<i>Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQOL)</i>	29	Domínios: produtividade, saúde psicológica, perspectivas de vida e relacionamentos.	Maior escore melhor QV e menores sintomas de TDAH.	Avalia Déficit de Atenção/ Hiperatividade.
<i>Quality of Life Measure (DQOL-Brasil)</i>	46	Domínios: satisfação, impacto, preocupação sociais/vocacionais, preocupações relacionadas ao diabetes.	Escore final é o valor próximo a 1, que indica melhor QV.	Avalia mudanças após intervenção.
<i>Seattle Angina Questionnaire (SAQ)</i>	19	Domínios: limitação física, estabilidade da angina, frequência da angina, satisfação no tratamento, percepção da doença.	Escore final de 0 a 100. Menor escore, menor a capacidade funcional.	Avalia estado de saúde.
<i>Beck Depression Inventory</i>	21	Psicológico. Itens: tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, fadigabilidade, culpa; autoacusação, autodepreciação, ideias suicidas, distorção de imagem corporal, dificuldade de apetite no trabalho, insônia, diminuição da libido.	Escore final de 9 a 63. Até 9, ausência de depressão;  10-18, depressão leve; 19-20, depressão moderada a grave; 30 a 63, depressão grave.	Avalia sintomas de depressão.

**Quadro 7 – Síntese de Instrumentos Específicos**

(Conclusão)

<b>Instrumento</b>	<b>Itens</b>	<b>Domínios</b>	<b>Escores</b>	<b>Objeto de Mensuração</b>
<i>King's Health Questionnaire (KHQ King's)</i>	30	Domínios: percepção da saúde, impacto da incontinência, limitações do desempenho das tarefas, limitação física, limitação social, relacionamento pessoal, emoções, sono e energia, medidas de gravidade.  Escala de sintomas que avalia os sinais de incontinência como: frequência urinária, noctúria, urgência, hiperreflexia vesical, incontinência urinária de esforço, enurese noturna, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga.	O escore final é de 0 a 100, quanto maior o número obtido, pior a qualidade de vida	Avalia a QV de pessoas com disfunção urinária.
<i>Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ)</i>	29	Domínios: função física, função emocional, habilidade de <i> coping</i> , satisfação com o tratamento.	Escore 0 a 100. Os maiores valores representam melhor qualidade de vida.	Avalia a satisfação com o tratamento.
<i>Saint George's Respiratory Questionnaire</i>	76	Domínios: sintomas, atividade e impactos psicossociais.	Escore final de 4% a 10%; pontuação acima de 10% indica pior QV.	Avalia o impacto das intervenções na QV.
<i>Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL)</i>	49	Domínios: energia, papel na família, linguagem, humor, personalidade, autocuidado, papel social, pensamento, visão, função do membro superior, trabalho e produtividade.	Escore final de 49 a 245.	Avalia o grau de incapacidade funcional.

Fonte: Elaboração própria.

**2.4.5 Instrumentos específicos para os distúrbios osteomusculares**

Estes instrumentos mensuram o impacto causado por uma doença avaliando a dor, a capacidade funcional e os aspectos psicossociais. A ênfase é nos sintomas, incapacidades e limitações a determinadas enfermidades e objetivam avaliar mudanças que são clinicamente importantes e específicas nos distúrbios osteomusculares (COLUCI; ALEXANDRE, 2009; FLECK, 2000).

A seguir apresentam-se alguns instrumentos específicos para os DORT desenvolvidos na literatura internacional, que foram traduzidos, adaptados culturalmente ou validados no Brasil:



a) *Penn Shoulder Score (PSS)*

Avalia disfunção de ombros, ou seja, analisa o impacto da doença e a efetividade do tratamento. Adaptado culturalmente por Napóles e colaboradores em 2010. Contém 27 itens em 3 domínios: dor, satisfação e função (NAPÓLES et al., 2010).

b) *Roland Morris Disability Questionnaire*

Avalia a repercussão da lombalgia nas atividades laborais de vida diária. Validado por Nusbaum e colaboradores em 2001. Contém 15 itens em 2 domínios: dor, incapacidade (NUSBAUM et al., 2001).

c) *Pain Disability Questionnaire (PDQ)*

Mensura a incapacidade causada pela dor. Adaptado culturalmente e validado por Giordano e colaboradores em 2012. Contém 15 itens em dois domínios: aspectos físicos (condição funcional) e aspectos psicossociais (condição psicossocial). (GIORDANO; ALEXANDRE; COLUCI, 2012).

d) *Disabilities of the Arm Shoulder and Hand Questionnaire (DASH)*

Avalia a incapacidade física de MMII. Validado por Orfale e colaboradores em 2005. Contém 30 itens em três domínios: função física, sintomas e função social (ORFALE et al., 2005).

e) *Western Ontario Rotator Cuff Index (WORC)*

Mensura alterações do manguito rotador, incluindo a síndrome do impacto e as lesões e rupturas do manguito. Validado por Lopes e colaboradores em 2006. É um instrumento específico e contém 21 questões, abrangendo cinco domínios: sintomas físicos, trabalho, esportes e recreação, estilo de vida e estado emocional (LOPES et al., 2006).

f) *Shoulder Pain and Disability Index* (SPADI)

Mensura a dor e as limitações da articulação do ombro. Adaptado culturalmente por Martins e colaboradores em 2010. Contém 13 itens em dois domínios: dor e função (MARTINS et al., 2010).

g) *Quebec Back Pain Disability Questionnaire* (QBPQ)

Mensura a incapacidade funcional causada pela dor lombar. Desenvolvido por Kopec em 1995. Foi validado para a língua portuguesa brasileira por Rodrigues e colaboradores em 2007. Consiste em 20 itens e seis domínios que descrevem a dificuldade de realizar atividades físicas de leve intensidade. Domínios: descanso/sono, sentar/levantar, caminhar, movimentos, flexão/parada e objetos pesados (FALAVIGNA et al., 2011).

h) *Oswestry Disability Index* (ODI)

Utilizado para avaliação funcional da coluna lombar, incorporando medidas de dor e atividade física. Permite uma excelente avaliação em pessoas com sérios problemas. A primeira versão foi publicada em 1980; no Brasil, foi traduzido e adaptado culturalmente por Vigatto e colaboradores em 2007. A escala consiste em 10 questões em dois domínios: físico (a intensidade da dor); e social, que mede o efeito da dor sobre as atividades diárias, como cuidados pessoais (vestir-se e tomar banho), elevar pesos, caminhar, quando está sentado, em pé, dormindo, na vida sexual, social e na locomoção (VIGATTO; ALEXANDRE; CORREA FILHO, 2007).

O Quadro 8 apresenta a síntese de instrumentos específicos de avaliação para os distúrbios osteomusculares

**Quadro 8** – Síntese dos Instrumentos Específicos para os Distúrbios Osteomusculares

<b>Instrumento</b>	<b>Itens</b>	<b>Domínios</b>	<b>Escore</b>	<b>Objeto de mensuração</b>
<i>Penn ShoulderScore</i> (PSS- Brasil)	27	Domínios: dor, satisfação, função.	O escore é de 0 a 100 pontos, com a maior pontuação ausência de dor e boa função.	Avalia a dor em ombros.
<i>Roland Morris Disability Questionnaire</i> (RMDQ)	15	Domínios: dor, incapacidade.	Escore de 0 a 15 maior pontuação melhor mobilidade.	Avalia dor lombar.
<i>Disabilities of the Arm Shoulder and Hand Questionnaire</i> (DASH)	30	Domínios: função física, sintomas, função social.	Escore final de 0 a 100, maior pontuação indica disfunção severa.	Avalia a incapacidade física de MMSS.
<i>The Western Ontario Rotator Cuff Index</i> (WORC)	21	Domínios: sintomas físicos, esportes e recreação, estilo de vida e estado emocional.	O escore final é de 0 a 100. O escore 100 é a pior pontuação.	Avalia alterações do manguito rotador.
<i>Shoulder Pain and Disability Index</i> (SPADI)	13	Domínios: dor e função.	Escore final de 0 a 100 pontos. A maior pontuação indica pior condição de disfunção do ombro.	Articulação do ombro.
<i>Quebec Back Pain Disability Questionnaire</i> (QBPDQ)	20	Domínios: descanso/sono, sentar/levantar, caminhar, movimentos, flexão/parado e objetos pesados.	Escore final de 0 a 100 quanto maior for a pontuação.	Avalia a capacidade funcional em pessoas com dor lombar.
<i>Oswestry Disability Index</i> (ODI)	10	Domínio: físico (intensidade da dor; efeito da dor), social (sobre as atividades diárias, vestir-se e tomar banho, elevar pesos, caminhar, sentar, ficar em pé, dormindo, vida sexual, social e locomoção).	Maior escore em percentual pior qualidade de vida.	Avalia dor coluna lombar.

Fonte: Elaboração própria.



### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal e com delineamento de pesquisa não experimental em que as técnicas de investigação e análise do fenômeno podem ser definidas como prioritariamente quantitativas.

#### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um Ambulatório federal que atende diversas especialidades, como clínica médica e cirúrgica, pequena cirurgia, bloqueios venoso e local, curativos. Os pacientes do ambulatório da dor são agendados quinzenalmente para realizar o tratamento medicamentoso para dor crônica, bloqueio local ou venoso, além de acupuntura e quiropraxia. A segunda unidade é um serviço médico que pertence à Rede Pública Federal de Saúde e são atendidos estudantes da rede pública federal, servidores federais e seus dependentes *para consultas clínicas*. A terceira unidade é um centro de referência para trabalhadores, pertencente à rede pública estadual. No local são atendidos trabalhadores do estado da Bahia para consultas médicas, psicológicas e entrevista com o assistente social.

Por fim, foram escolhidas duas clínicas de fisioterapia com atendimento ao SUS e a convênios, em diversos planos de saúde, e dois sindicatos de diferentes categorias de trabalhadores. Os diversos cenários foram eleitos no intuito de caracterizar uma população diversificada de trabalhadores.

#### 3.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Os dados deste estudo procedem do banco de dados da pesquisa intitulada “Construção, Validação e Padronização da Escala de Qualidade de Vida para Portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (EQV-DORT)”, realizada com pessoas atendidas em ambulatórios em centro de referência de trabalhadores, em sindicatos, serviço médico público e clínicas de fisioterapia. Participaram dessa pesquisa 212 trabalhadores afastados de suas atividades laborais ou com até 3 meses de retorno ao trabalho, tendo em vista a dificuldade para compor a amostra. Os participantes foram investigados para DORT ou

doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas ao trabalho, de acordo com o Decreto n.º 6042, de 12 de fevereiro de 2007 (BRASIL, 2007), Grupo XIII-CID 10.

### **3.3.1 Critérios de inclusão**

Foi considerado o seguinte critério de inclusão: os trabalhadores possuem, no mínimo, o nível fundamental de escolaridade, de modo a facilitar o entendimento dos objetivos da pesquisa e a forma de resolução da escala, e estarem afastados das atividades laborais.

## **3.4 PRODUÇÃO DOS DADOS**

Serão abordados, nesta seção, a construção do instrumento e a coleta de dados.

### **3.4.1 Construção do instrumento**

Tendo em vista a carência de instrumentos para avaliar DORT, em 2009, um grupo de estudos da Universidade Federal da Bahia recebeu uma demanda do Ministério da Saúde para a construção e validação de uma medida que avaliasse a qualidade de vida dos portadores desse distúrbio.

Para a etapa do estudo das definições operacionais do construto, foi necessário estabelecer a sua dimensionalidade, defini-lo constitutiva e operacionalmente e, a seguir, operacionalizá-lo em itens. Essa etapa foi iniciada com a revisão bibliográfica para formar as bases conceituais da qualidade de vida, visando guiar a construção do instrumento. Buscaram-se, na literatura nacional e internacional, trabalhos que abordassem o construto de modo geral ou de maneira específica, a fim de realizar o levantamento de suas dimensões e descritores.

Para a construção do instrumento, além da revisão de literatura, foi utilizada a opinião de peritos na área (juízes) e o estudo de itens presentes em outros instrumentos disponíveis que medem a mesma característica. Devido à restrita base teórica sobre a qualidade de vida na perspectiva de pessoas que desenvolveram DORT, optou-se também por explorar o construto junto à população alvo, por meio de pesquisa qualitativa, com o objetivo de obter um instrumento que refletisse, de modo fiel, o atributo para a população pesquisada.

Adicionalmente aos itens, foi realizado um levantamento das características pessoais e profissionais da amostra – sexo, idade, estado civil, tempo de serviço, tamanho da empresa,

dentre outras – (Anexo C), a fim de se investigarem potenciais variáveis preditoras de maior ou menor qualidade de vida.

### **3.4.2 Desenvolvimento da pesquisa qualitativa**

Na etapa qualitativa, foram entrevistadas 14 pessoas diagnosticadas com DORT, que participavam de grupo de suporte no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) em Feira de Santana (BA). O Grupo Bem-Viver é constituído por pessoas portadoras de LER/DORT e afastadas do trabalho por este motivo. As reuniões ocorrem quinzenalmente sob a coordenação da assistente social do CEREST.

As entrevistas foram individuais e ocorreram na sala de reuniões do grupo no próprio CEREST, no mês de janeiro de 2010. Os discursos foram gravados e transcritos para a análise. O número de participantes dessa etapa foi considerado suficiente para o alcance da saturação teórica dos dados. Os entrevistados atenderam aos critérios de inclusão da população estudada.

Para a coleta de dados, serviram de recursos as seguintes questões semiestruturadas: “Para o Sr.(a) o que é qualidade de vida?”; “O que modificou em sua vida após o diagnóstico da DORT?”; “Que razões você atribui ao desenvolvimento da DORT?”.

Para análise das respostas das entrevistas, empregou-se a técnica de análise de dados qualitativos criada por Strauss e Glaser (1967), sociólogos americanos. As respostas das entrevistas foram examinadas minuciosamente, linha por linha, a fim de se conhecerem os primeiros códigos, que foram identificados e agrupados por similaridades e diferenças para formar as categorias. Estas foram construídas, recodificadas, combinadas, comparadas entre si e nomeadas. Esta análise permitiu identificar, confirmar e ampliar os dados já obtidos na literatura sobre os descritores do construto em questão, assim como as suas dimensões e, a partir delas, os itens que constituiriam a escala.

A versão operacional da escala de vida ficou composta por 60 itens, dos 98 submetidos à análise de juízes, com quatro dimensões: física, social, psicológica e ocupacional (ANEXO A e C).

### **3.4.3 Consolidação da versão operacional do Eqv-DORT**

Com base no pressuposto de que a qualidade de vida é um estado subjetivo, caracterizado por sentimentos ou reações afetivas positivas ou negativas em relação a um

objeto, foi utilizada a escala de atitudes do tipo Likert para a mensuração dos dados, variando de 1 - discordo totalmente a 5 - concordo totalmente. Foram avaliados os graus de concordância/discordância referentes aos diferentes descritores de qualidade de vida.

Os participantes avaliaram seu estado de qualidade de vida considerando dois momentos distintos: antes de obterem o diagnóstico da DORT e depois do diagnóstico e afastamento. A partir desses descritores, os itens foram distribuídos em duas subescalas e investigados por intermédio de escala Likert de 5 pontos. A primeira subescala buscou explorar a intensidade de alguns aspectos da QV anteriores à aquisição da DORT, enquanto a segunda investigou os mesmos aspectos após o desenvolvimento do distúrbio. Além das respostas isoladas, a diferença entre a QV antes e depois de iniciado o tratamento da DORT foi utilizada para entender os possíveis efeitos da DORT na QV. Sendo assim, criou-se um banco de dados das diferenças e os escores da escala puderam variar de -4 (o que representaria marcar 1-nada/nenhum na escala antes do DORT e 5-totalmente na escala depois do DORT) a +4 (o que significaria marcar 5-nada/nenhum na escala antes do DORT e 1-totalmente na escala depois do DORT). Com o objetivo de não trabalhar com valores negativos no banco de dados, tais escores foram recodificados, sendo +4 convertido para 9, e assim, sucessivamente, até alcançar o valor 1, o que representa -4. O número zero foi atribuído a *missing values*.

#### **3.4.4 Validade do construto**

Após a validade de conteúdo, o estudo da validade de construto foi realizado, inicialmente, com os nove escores compostos com base na diferença entre as respostas do antes e depois do DORT.

Foram utilizados os *softwares* STATA e *Statistical Package of Social Sciences Social Sciences* (SPSS). Foram empregadas as técnicas de Análise Fatorial Exploratória, Teoria Clássica dos Testes (TCT), para o exame da consistência interna da escala (calculado o parâmetro de discriminação dos itens e o Alpha de Cronbach dos fatores e da medida geral); a Teoria de Respostas aos Itens (TRI), que verificou o funcionamento diferencial dos itens, para apurar os padrões de respostas diferenciados entre os grupos; para identificar os fatores de qualidade de vida. Verificou-se, com base nos resultados do *scree plot* e do critério de autovalores acima de 1, empregada a técnica de rotação Varimax com normalização Kaiser, que a melhor solução para os itens da EQV-DORT foi a medida com estrutura multidimensional, constituída por três fatores: físico, psicológico e social. Foi encontrada uma



excelente adequação amostral, com um  $KMO=0,949$ . O Alpha de Cronbach da medida geral foi de 0,97.

No estudo da estrutura fatorial dos componentes principais, alguns itens apresentaram carga fatorial inferior a 0,40. Deste modo, foram excluídos cinco itens da dimensão física, três da dimensão ocupacional, por exibirem carga fatorial inferior a 0,40, um item passou para a dimensão física e, na dimensão psicológica, dois itens foram excluídos.

A escala final, após a validação, ficou com 49 itens, distribuídos em três dimensões: física, psicológica e social.

### 3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada para o já citado projeto “Construção, Validação e Padronização da Escala de Qualidade de Vida para Portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (EQV-DORT)”, após a apresentação e autorização em sindicatos, clínicas de fisioterapia e um serviço médico federal. Os dados foram coletados no período compreendido entre novembro e abril de 2012. Como técnica de levantamento de dados foi utilizado o *survey* supervisionado tipo descritivo, de modo a facilitar o entendimento por parte do entrevistado, além de não exigir das pessoas a utilização de habilidades físicas que pudessem ter sido prejudicadas pela afecção sofrida.

Para realizar a coleta de dados e atender aos objetivos da pesquisa foi empregado o instrumento EQV-DORT. As pessoas que estavam no local da coleta eram convidadas a participar da entrevista individualmente. Após explicação da pesquisa, caso a pessoa aceitasse participar, era conduzida para a sala da coleta. Naquela sala, era informada sobre objetivos e finalidade da pesquisa. Após confirmar o diagnóstico para DORT ou síndromes que caracterizasse distúrbios osteomusculares, havendo a disponibilidade de tempo, a entrevista tinha início com a leitura do termo de consentimento, de modo a garantir a privacidade do entrevistado. Aquele(a) que aceitava participar da pesquisa, após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), era solicitada a assinatura nas duas vias e uma delas lhe era entregue. Os participantes foram cientificados ainda de que os dados fornecidos seriam utilizados para a produção de informações estatísticas dentro do projeto intitulado “Qualidade de Vida de Trabalhadores com Distúrbios Osteomusculares em Salvador”, bem como em artigos que seriam publicados em revistas nacionais e internacionais. Tanto o sigilo quanto a privacidade dos participantes foram respeitados. O tempo de aplicação da escala para cada pessoa teve duração média de 30 minutos.

### 3.6 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Foi utilizado o instrumento EQV-DORT, descrito a seguir:

a) *Variáveis Sociodemográficas:*

- idade (computada em anos completos);
- sexo (feminino ou masculino);
- situação conjugal (solteiro, casado, união estável, separado/divorciado, viúvo);
- filhos (sim/não);
- escolaridade (fundamental completo, fundamental incompleto/nível médio completo e incompleto, especialização, mestrado, doutorado); ainda estuda (sim/não);
- renda mensal (até R\$545,00 (1SM); de R\$546,00 a R\$1.635,00 (1 a 3SM); de R\$1.636,00 a R\$3.270,00 (3 a 6 SM); de R\$2.710,00 a R\$5.545,00 (6 a 10 SM); e mais de R\$5.450,00 (mais de 10 SM));
- grau de responsabilidade com a família (único responsável, principal responsável, divide igualmente a responsabilidade, contribui apenas com uma parte, não tem responsabilidade financeira);
- número de funcionários na empresa que trabalha (não trabalha em empresa; de 1 a 9 funcionários; de 10 a 50 funcionários; de 51 a 99 funcionários; de 100 a 249 funcionários; de 250 a 499 funcionários e acima de 500);
- cargo função na empresa da qual está afastado (conforme a Classificação Brasileira de Ocupação a seguir: máquinas em geral; caixa de banco e escriturário; gerente financeiro; auxiliar de escritório em geral; faxineiro – auxiliar de limpeza; operador de caixa, loja e comércio; técnico de enfermagem; auxiliar de enfermagem; mecânico de manutenção em geral; operador de *telemarketing*; empregado doméstico nos serviços gerais – doméstica; representantes autônomos; motorista de ônibus urbano; professor do ensino fundamental, médio e superior; digitador; vendedor de comércio varejista; cabeleireira; manicure; costureira de peças de reparação de roupas e reformadora de roupas; enfermeiro; pedreiro de edificações; cozinheiro em geral; cobrador de transporte coletivo exceto trem; outras ocupações; ferramenteiro; vidraceiro, produtor agrícola polivalente; agente de segurança penitenciário; pintor a pincel e rolo; atendente comercial – agente postal; agente de trânsito; jornada de trabalho (20 horas; 40 horas; mais de 40 horas);

- o diagnóstico que levou ao afastamento; quanto tempo após os sintomas procurou afastamento médico (em anos); tempo de afastamento do trabalho atual (em anos); recebe benefício do INSS (sim/não); quantidade de afastamentos por ordem médica (em anos);

*b) clínico – diagnósticos para DORT:*

- diagnósticos conforme a lista de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas ao trabalho de acordo com a Portaria n.º 1.339/1999 (BRASIL, 1999): síndrome cervicobraquial (M53.1), dorsalgia (M54), cervicalgia (M54.2), sinovites e tenossinovites (M65), dedo em gatilho (M65.3), tenossinovite de quervain (M65.4), sinovite (M70), bursite (M70.1, M70.2, M70.3 e M75.5), epicondilite (M77.0 e M77.1) e túnel do carpo;
- possui deformidade física;
- problema de saúde que adquiriu após os DORT;
- submetido a procedimento cirúrgico, tratamento que realiza;
- possui deformidade física;

- c) itens relacionados às variáveis da dimensão física, psicológica, social antes e após os DORT.

**Quadro 9** – Descrição dos domínios de QV e itens da Eqv-DORT

Variáveis	mensura	Itens
Domínio físico	Avalia dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades cotidianas; dependência de medicação ou de tratamentos.	1,2,3,15,16,17,22,24,26,30,33,35,38,39,41,42,48,55,56,,60
Domínio psicológico	Avalia sentimentos positivos memória, aprender, imagem corporal, autoestima, espiritualidade/religião e crenças pessoais.	8,9,10,19,20,21,23,27,31,36,37,43,44,45,46,49,50,52,54
Domínio social	Relações pessoais, suporte social e atividade sexual.	4,7,11,12,18,25,28,32,47,51

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Domínio Geral engloba o domínio físico, psicológico e social.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os princípios éticos de acordo com a Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem

seres humanos (BRASIL, 1996). A presente pesquisa foi inicialmente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob Parecer n.º 186.555, de 15/1/2013. Foi solicitada autorização do responsável pelo projeto, Prof. Dr. Igor Gomes Menezes, para utilização do banco de dados do projeto “Construção, Padronização e Validação de uma Escala de Qualidade de VIDA (EQV-DORT)”. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética de um Complexo Universitário Federal e à Secretária de Saúde do Estado da Bahia. Foi autorizado pela Diretora do serviço médico federal, pelos gestores dos Sindicatos e donos das clínicas de fisioterapia.

Uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Anexo B) –, assinado em duas vias, foi devolvida ao participante e a outra ficou arquivada juntamente com os instrumentos de coleta de dados. Os dados obtidos serão armazenados pelas pesquisadoras no Núcleo de Instrumentos e Medidas (NIM) por um período de cinco anos e terão como finalidade a divulgação em eventos científicos e revistas de publicação nacional e internacional.

### 3.8 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento dos dados consistiu na limpeza das informações, em função do banco de dados ser do projeto “Construção, Padronização e Validação de uma Escala de Qualidade de VIDA (EQV-DORT)” e das informações da população/amostra de outros estados, que não seriam utilizadas neste estudo. Também foram reconfirmadas as informações digitadas no SPSS para tratamento e geração dos resultados. Para atender aos objetivos da pesquisa, obter informações sobre o perfil da amostra investigada e identificar as variáveis pessoais e profissionais que se associavam mais fortemente com a EQV-DORT, foram empregadas técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. Dessa forma, serão comunicadas as frequências, médias e desvios-padrão de todas as variáveis pessoais e profissionais investigadas.

Foi utilizado o teste de Komogorov-Sminorv, com intuito de verificar a existência de normalidade entre as variáveis; posteriormente, realizaram-se os testes de hipóteses paramétricos (teste t e ANOVA) para avaliar se há diferenças significativas no nível geral e nas dimensões de qualidade de vida entre grupos que compõem cada uma das variáveis explicativas (pessoais e profissionais).

Por fim, foi testado o poder preditivo de cada uma dessas variáveis sobre o escore médio de qualidade de vida e de suas dimensões. Para tanto, cada variável pessoal e profissional foi testada como variável explicativa na equação de regressão linear simples, sendo o escore médio de qualidade de vida e de cada dimensão a variável-critério.

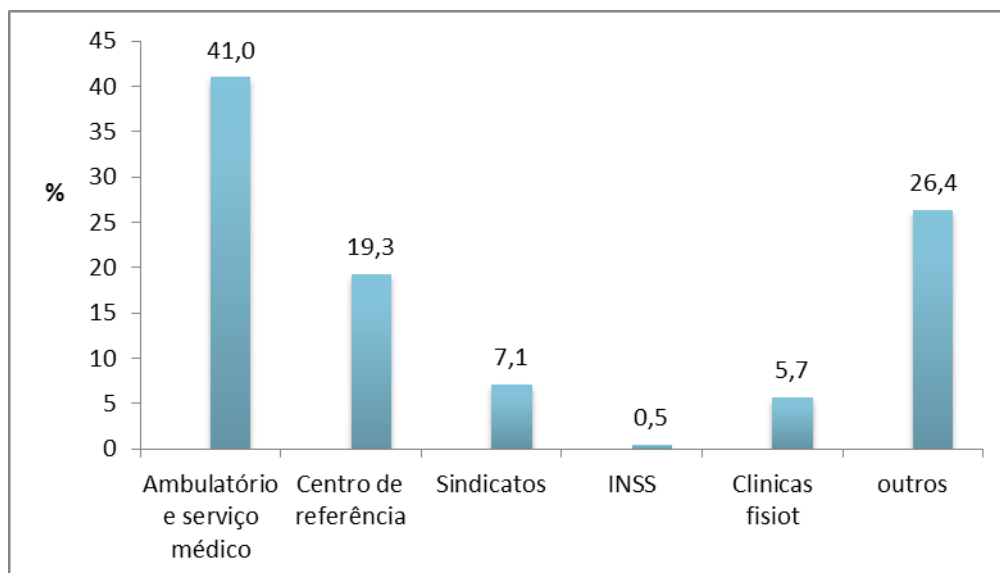
Todos os testes adotaram o nível de significância estatística de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## 4 ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA

Participaram do estudo 212 trabalhadores que tiveram suas histórias clínicas e qualidade de vida avaliadas antes e após os DORT. No Gráfico 1, encontram-se os locais em que os trabalhadores foram abordados para o estudo. Constatou-se que o maior número de participantes, 41,0% (87), foi procedente do Ambulatório e Serviço Médico ambos serviços federais.

**Gráfico 1** – Caracterização dos trabalhadores por local em que foi realizada a coleta de dados – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012



Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 1 encontra-se o perfil sociodemográfico dos trabalhadores participantes da pesquisa. No que tange à distribuição do sexo entre os trabalhadores da pesquisa, do total, 31,0% (64) eram do sexo masculino, enquanto 69,0% (143) eram do sexo feminino. Em relação à faixa etária, entre os questionários válidos, a idade média foi de 46,4 anos (DP=9,6), na faixa etária de 41 a 50 anos (41,0%). Observou-se maior número de casados 47,6% (101), 33,5% (71) afirmaram que eram solteiros, 11,8% (25) separados/divorciados, 3,3% (7) união estável, 3,3% (7) eram viúvos, e 0,5% (1) não declararam seu estado civil. Quanto à presença ou não de filhos, 83,5% (177) declararam possuir filhos, enquanto 16,5% (35) dos sujeitos não os tinham. No que se refere à escolaridade, 39,2% (83) tinham nível médio completo, 9,0% (19) apresentaram nível superior completo e relataram ter pelo menos uma especialização 6,6% (14), quanto a escolaridade atual, 84,4% (179) responderam que não estudavam mais, enquanto 15,1% (32). Quanto à renda 24,1% (51) estavam na faixa salarial de até R\$546,00 (1 salário

mínimo), 35,8% estavam na faixa salarial de R\$545,00 a R\$1.635,00 (1 a 3 salários mínimos). A jornada de trabalho 7,5% (16) referiram ter uma jornada semanal de 20 horas, 36,7% (78) trabalhavam 40 horas semanais, 50,0% (106) e mais de 40 horas semanais.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográficos dos trabalhadores com DORT – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	64	31,0
Feminino	143	69,0
<b>Total</b>	207	100
<b>Idade</b>		
20 a 30	9	4,2
31 a 40	38	18,0
41 a 50	87	41,0
51 a 60	58	27,3
>61	11	5,2
Não respondeu	9	4,2
<b>Total</b>	212	100
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	71	33,5
Casado	101	47,6
Viúvo	7	3,3
Separado/divorciado	25	11,8
União estável	7	3,3
Não respondeu	1	0,5
<b>Total</b>	212	100
<b>Filhos</b>		
Sim	177	83,5
Não	35	16,5
<b>Total</b>	212	100
<b>Escolaridade (nível concluído)</b>		
Fundamental	22	10,4
Nível médio incompleto	44	20,7
Nível médio completo	83	39,2
Superior incompleto	19	9,0
Superior completo	30	14,1
Especialização	14	6,6
<b>Total</b>	212	100
<b>Renda</b>		
Não Possui Renda	11	5,2
Até R\$545	51	24,1
R\$546 a R\$1.635	76	35,8
R\$1.636 a R\$3.270	38	18,0
R\$3.271 a R\$5.450	20	9,4
Mais de R\$5.450	10	4,7
Não informou	6	2,8
<b>Total</b>	212	100
<b>Jornada de Trabalho</b>		
20 horas	16	7,5
40 horas	78	36,7
Mais de 40 horas	106	50,0
Não respondeu	12	5,7
<b>Total</b>	200	100

Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito ao recebimento ou não de benefício do INSS, 44,8% (95) afirmaram recebê-lo. Por outro lado, 50,5% (107) declararam não possuir tal benefício. Somaram 4,7% (10) os indivíduos que não emitiram qualquer resposta a esse respeito.

Na Tabela 2 encontra-se o número de funcionários da empresa em que o trabalhador se encontra/encontrava empregado; predominou empresa com mais de 500 funcionários.

**Tabela 2**– Número de funcionários na empresa em que o entrevistado trabalha/trabalhava – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

<b>Número de funcionários da empresa que trabalha/trabalhava</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não trabalha em empresa	27	12,7
De 1 a 9 funcionários	20	9,4
De 10 a 50 funcionários	28	13,2
De 51 a 99 funcionários	18	8,5
De 100 a 249 funcionários	22	10,4
De 250 a 499 funcionários	11	5,2
Acima de 500 funcionários	69	32,5
Não respondeu	17	8,0
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria

Em relação à responsabilidade financeira da família, 38,7% (82) afirmaram ser os únicos responsáveis, 17,0% (36) os principais responsáveis, 24,5% (52) declararam dividir igualmente as responsabilidades financeiras, 9,9% (21) contribuía com apenas uma parte e 9,9% (21) não tinham nenhuma responsabilidade financeira (Apêndice A – Tabela 12).

Quanto à caracterização dos trabalhadores em função do tempo de serviço e o trabalho na função que causou a DORT, o tempo médio foi de 12,4 anos (DP=9,6). O tempo médio que os trabalhadores da pesquisa levaram para buscar atendimento médico após o aparecimento dos sintomas foi de 2,5 anos (DP=3,7). A média de tempo em que ficaram afastados do trabalho foi de 3,4 anos (DP=4,1). Por último, verificou-se que a quantidade média de afastamentos (Atestados Médicos) entre os indivíduos participantes foi de 3,7 anos (DP=5,4). (Apêndice A – Tabela 13).

Na Tabela 3, observam-se as ocupações mais prevalentes conforme a Classificação Brasileira de Ocupação. Foi relatado um total de 184 ocupações.

**Tabela 3** – Caracterização dos trabalhadores por ocupação conforme a CBO – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Ocupação	n	%
Escriturários bancários e caixa bancário	17	9,2
Gerente financeiro	16	8,7
Auxiliar de escritório em geral	14	7,6
Faxineiro (Auxiliar de limpeza)	10	5,4
Operador de caixa em geral	10	5,4
Técnico de enfermagem	10	5,4
Auxiliar de enfermagem	10	5,4
Mecânico manutenção máquinas em geral	10	5,4
Operador telemarketing ativo, receptivo	11	6,0
Empregado domésticos nos serviços gerais	7	3,8
Representante com. Autônomo	7	3,8
Motorista de ônibus urbano	6	3,3
Professor médio, fundamental/universitário	6	3,3
Digitador	5	2,7
Vendedor do comércio varejista	6	3,3
Cabeleireira, manicure	4	2,2
Costureira de peças sob encomenda	4	2,2
Enfermeiro	3	1,6
pedreiro de edificação	3	1,6
Cozinheiro geral	4	2,2
Cobrador de transp. coletivo	3	2,2
Outras ocupações*	18	9,8
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria.

\* Ferramenteiro, vidraceiro, padeiro, pintor a pincel e rolo, atendente comercial (agência postal), produtor agrícola polivalente, agente de segurança penitenciária, agente de trânsito.

A Tabela 4 revela os principais diagnósticos referidos pelos trabalhadores em relação às síndromes para os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. A maior prevalência entre os trabalhadores é de 31,3% com a síndrome túnel do carpo.

**Tabela 4** – Caracterização dos trabalhadores por diagnósticos para as síndromes osteomusculares relacionados ao trabalho – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Síndromes osteomusculares	n	%
Síndrome Túnel do carpo	50	31,3
Tendinite	49	30,6
Cervicalgia	40	25,0
Tendinopatia	8	5,0
Outros diagnósticos*	13	8,1
Total	160	100

Fonte: Elaboração própria.

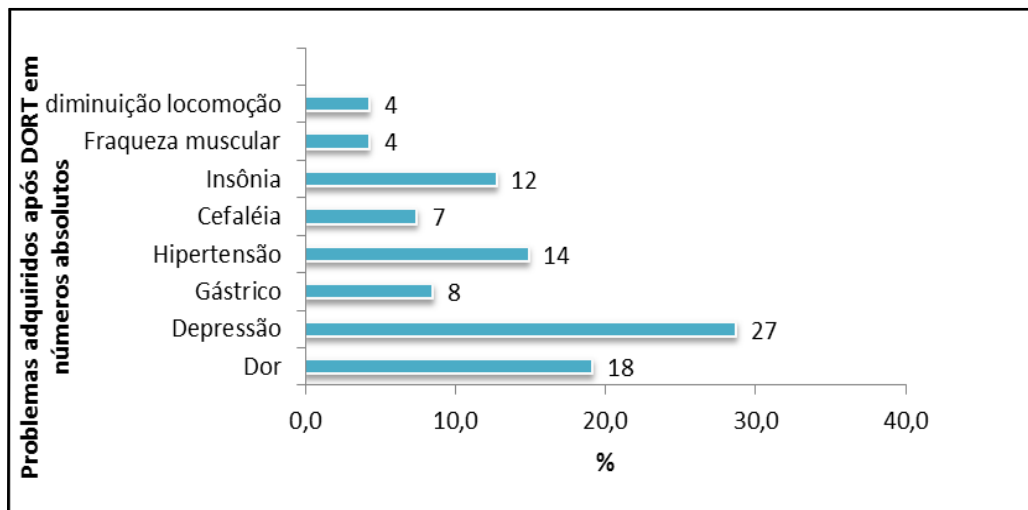
\* tenossinovite, epicondilite, bursite e radiculopatia.



Quando questionados em relação a alguma deformidade física decorrente dos DORT, 46,2% (98) referiram não apresentar deformidade, 13,2% (28) apresentaram atrofia em dedos, redução de movimentos causado pelo edema, e 40,5 % (86) não responderam.

O Gráfico 2 mostra a distribuição dos problemas adquiridos após o diagnóstico para os distúrbios osteomusculares. Quanto à queixa principal dos trabalhadores, 28,7% referiram depressão, 19,1% dor, 14,9% hipertensão e 12,8% insônia.

**Gráfico 2** – Caracterização dos trabalhadores por problemas adquiridos após o diagnóstico para os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012



Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 5, estão expostos os tratamentos que os trabalhadores realizaram por ocorrência dos DORT. A prevalência é para tratamento não medicamentoso (fisioterapia), que corresponde a 60,3%, e o tratamento medicamentoso (medicações via oral bloqueio local e venoso), que corresponde a 24,5%.

**Tabela 5** – Caracterização dos trabalhadores em relação aos tratamentos que realizam após os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Tratamentos realizados após os DORT	n	%
Medicamentoso	52	24,5
Não Medicamentoso (fisioterapia)	128	60,3
Nenhum	2	1,0
Outros**	12	5,7
Não respondeu	18	8,5
Total	212	100

Fonte: Elaboração própria.

\*\*Acupuntura; Reeducação Postural Global (RPG); hidroginástica; quiropraxia.

## 4.2 ANÁLISE DO CONSTRUTO QUALIDADE DE VIDA

A avaliação da QV foi realizada pelo instrumento específico EQV-DORT. As variáveis relacionadas aos domínios geral, físico, psicológico e social foram testadas quanto à normalidade de distribuição por meio do teste de Kolmogorov-Sminorv, que confirmou a normalidade. Com base nesse resultado, buscou-se verificar a diferença entre os níveis de qualidade de vida dos trabalhadores antes e depois da DORT, considerando a escala de Likert de cinco pontos – nada/nenhum (1), muito pouco (2), mais ou menos (3), bastante (4) e totalmente (5). Para tanto, foi utilizado o Teste t para amostras relacionadas, o qual apontou diferenças significativas para todos os domínios com  $p < 0,001$ .

A Tabela 6 apresenta a diferença da qualidade de vida entre os trabalhadores em relação ao domínio geral, físico, psicológico, social e antes e após os DORT. Este resultado demonstra a sensibilidade da escala em detectar a modificação da qualidade de vida antes do adoecimento e após o desenvolvimento dos DORT, de modo que se verificou, para os domínios físico e psicológico, assim como para toda a escala, uma média de qualidade de vida significativamente superior à média de QV após o adoecimento cujos valores correspondem a  $1,5 \pm 0,7$  a  $2,9 \pm 0,8$ , e após os DORT, de  $3,7 \pm 0,4$  a  $3,2 \pm 0,8$ . A dimensão Qualidade de vida Geral corresponde à média das três dimensões (física, psicológica e social) e se manteve entre  $2,0 \pm 0,6$  a  $3,3 \pm 0,6$ .

**Tabela 6** – Caracterização dos trabalhadores por escores das médias das diferenças da qualidade de vida em relação aos domínios físico, psicológico, social e geral, antes e após os DORT – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Domínios	Antes	Depois	t	p-valor
	Média ± DP	Média ± DP		
Físico	1,5±0,7	3,7±0,8	-26,8	0,000*
Psicológico	1,5±0,6	3,0±1,0	-19,8	0,000*
Social	2,9±0,8	3,2±0,8	-4,2	0,000*
QV Geral	2,0±0,6	3,3±0,6	-24,7	0,000*

Fonte: Elaboração própria.

\*  $p < 0,001$

Para os testes de hipótese subsequentes, entre as variáveis sociodemográficas e as médias das dimensões, será utilizada a escala que varia de 1 a 9 pontos, sendo 1 o nível

máximo de qualidade de vida e 9 o pior nível. O escore 5 representa o nível intermediário, ou seja, em que não houve nem piora nem melhora da qualidade de vida após o desenvolvimento da DORT.

Foi realizado o Teste t de comparação entre duas médias de frequência de variáveis para verificar a diferença entre os grupos independentes. A comparação da variável sexo em relação à qualidade de vida geral, verificou-se que os homens (média=4,18, DP=0,63) possuem uma média de qualidade de vida inferior às mulheres (média=4,03, DP=0,50). A variável sexo no domínio geral apresentou o  $p=0,046$ . (Apêndice A – Tabela 14).

A relação ter filhos/não ter filhos não influenciou a qualidade de vida dos trabalhadores, com base nos dados estudados. Nenhuma das dimensões apresentou valores significativos: a qualidade de vida geral com  $p=0,261$ , física com  $p=0,190$ , social com  $p=0,605$  e a psicológica com  $p=0,328$  (Apêndice A – Tabela 15).

O fato de os trabalhadores estarem estudando ou não estudarem não teve efeito sobre a qualidade de vida. As dimensões não apresentaram valores significativos na qualidade de vida geral com  $p=0,404$ , física com  $p=0,792$ , social com  $p=0,949$  e psicológica com  $p=0,197$  (Apêndice A – Tabela 16).

O grupo de trabalhadores que recebia benefício do INSS não apresentou diferenças significantes no tocante à qualidade de vida quando comparados aos participantes que não recebiam o benefício. As dimensões apresentaram valores superiores ao intervalo de confiança estabelecido: qualidade de vida geral com  $p=0,758$ , física com  $p=0,738$ , social com  $p=0,213$ , e psicológica com  $p=0,488$  (Apêndice A – Tabela 17).

A Análise de Variância (ANOVA) permite verificar qual variável apresenta diferença significativa entre os grupos. O nível de escolaridade não ocasionou diferenças significativas na qualidade de vida dos participantes em nenhuma das dimensões analisadas: qualidade de vida geral com  $p=0,100$ , física com  $p=0,071$ , social com  $p=0,070$  e psicológica com  $p=0,100$  (Apêndice A – Tabela 18).

Na Tabela 7 encontram-se os resultados referentes à variável renda dos participantes apresentaram diferenças significativas em relação à qualidade de vida apenas na dimensão social,  $p<0,05$ , valor de  $p=0,027$ .

**Tabela 7** – Resultado da One Way ANOVA para grupos Independentes para a variável renda em relação a variável dependente o domínio geral, físico, social, psicológica – Salvador, Bahia – nov/abr. 2012

Variáveis		SQ	GL	QM	F	p-valor
Dimensão Geral	Tratamento	4,1	5	0,8	1,25	0,287
	Resíduos	131,2	200	0,7		
	Total	135,3	205			
Dimensão Física	Tratamento	4,7	5	0,9	0,86	0,653
	Resíduos	282,6	200	1,4		
	Total	287,3	205			
Dimensão Social	Tratamento	7,3	5	1,5	2,59	0,027*
	Resíduos	112,9	200	0,6		
	Total	120,2	205			
Dimensão Psicológica	Tratamento	6,2	5	1,2	1,13	0,343
	Resíduos	218,5	200	1,1		
	Total	224,7	205			

Fonte: Elaboração própria.

\*Estatisticamente significante ( $P < 0,050$ ).

Comparações *post hoc* com o Teste de Tukey revelaram que os participantes com renda de até R\$545,00 (média=5,03, DP=0,93) possuem qualidade de vida significativamente inferior à dos participantes com renda entre R\$1.636,00 e R\$3.270,00 (média=4,49, DP=0,90) com  $p=0,01$ . Os outros grupos não apresentam diferenças significativas entre si ( $p > 0,278$ ). (Tabela 8).

**Tabela 8** – Resultado do *post hoc* Teste Tukey para a variável renda– Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis		Diferença Média	Erro Padrão	p-valor
Não Possui Renda	Até R\$545	0,1	0,2	1,000
	De R\$546 a R\$1.635	0,3	0,2	0,855
	De R\$1.636 a R\$3.270	0,5	0,2	0,278
	De R\$3.271 a R\$5.450	0,3	0,3	0,919
	Mais de R\$5.450	0,4	0,3	0,773
Até R\$545	Não Possui Renda	0,1	0,2	1,000
	De R\$546 a R\$1.635	0,3	0,1	0,364
	De R\$1.636 a R\$3.270	0,5	0,2	0,014*
	De R\$3.271 a R\$5.450	0,3	0,2	0,757
	Mais de R\$5.450	0,4	0,2	0,589

(Continua)

**Tabela 8** – Resultado do *post hoc* Teste Tukey para a variável renda– Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

		(Conclusão)		
Variáveis		Diferença Média	Erro Padrão	p-valor
De R\$546 a R\$1.635	Não Possui Renda	-0,3	0,2	0,855
	Até R\$545	-0,3	0,1	0,364
	De R\$1.636 a R\$3.270	0,3	0,1	0,480
	De R\$3.271 a R\$5.450	-0,0	0,2	1,000
	Mais de R\$5.450	0,2	0,2	0,991
De R\$1.636 a R\$3.270	Não Possui Renda	-0,5	0,3	0,278
	Até R\$545	-0,5	0,2	0,014*
	De R\$546 a R\$1.635	-0,3	0,1	0,480
	De R\$3.271 a R\$5.450	-0,3	0,2	0,795
	Mais de R\$5.450	-0,1	0,3	0,998
De R\$3.271 a R\$5.450	Não possui renda	-0,3	0,3	0,919
	Até R\$545	-0,3	0,2	0,757
	De R\$546 a R\$1.635	0,0	0,2	1,000
	De R\$1.636 a R\$3.270	0,3	0,2	0,795
	Mais de R\$5.450	0,2	0,3	0,995
Mais de R\$ 5.40	Não possui renda	-0,4	0,3	0,773
	Até R\$545	-0,4	0,3	0,589
	De R\$546 a R\$1.635	-0,2	0,3	0,991
	De R\$1.636 a R\$3.270	0,1	0,3	0,998
	De R\$3.271 a R\$5.450	-0,2	0,3	0,995

Fonte: Elaboração própria.

\*Estatisticamente significante ( $P < 0,050$ ).

O estado civil dos participantes não apresentou diferenças significativas na qualidade de vida em nenhuma das dimensões analisadas: qualidade de vida geral com  $p=0,128$ , física com  $p=0,196$ , social com  $p=0,324$  e psicológica com  $p=0,136$ . (Apêndice A – Tabela 19).

A responsabilidade financeira dos participantes não teve influência significativa na qualidade de vida dos participantes. Nenhuma das dimensões analisadas apresentou valores significativos: qualidade de vida geral com  $p=0,805$ , física com  $p=0,987$ , social com  $p=0,689$  e psicológica com  $p=0,450$ . (Apêndice A – Tabela 20).

O número de funcionários da empresa em que trabalham não apresentou valores significativos quanto à influência na qualidade de vida dos participantes da pesquisa. As dimensões não obtiveram médias significativas com  $p > 0,05$  na qualidade de vida geral com  $p=0,574$ , a física com  $p=0,091$ , a social com  $p=0,158$  e a psicológica com  $p=0,795$  (Apêndice A – Tabela 21).

A jornada de trabalho demonstrou possuir um efeito significativo na qualidade de vida dos participantes em três dimensões: qualidade de vida geral com  $p=0,004$ , física com  $p<0,001$ , e psicológica com  $p=0,004$ . A dimensão social não apresentou valores significativos com  $p=0,522$ . (Apêndice A – Tabela 22). A maior diferença encontrada foi na dimensão física, em que a média dos trabalhadores com 20 horas (média=3,89, DP=1,68) demonstra uma qualidade de vida significativamente inferior aos participantes que trabalham 40 horas (média=2,63, DP=1,15,  $p<0,001$ ) e mais de 40 horas (média=2,76, DP=0,99,  $p<0,001$ ).

Na Tabela 9 o teste *post hoc* Tukey revelou que, para as três dimensões que apresentaram efeito significativo, os trabalhadores com 20 horas por semana de serviço apresentaram uma média de qualidade de vida inferior aos trabalhadores com 40 horas ou mais.

**Tabela 9** – Resultado do *post hoc* Teste Tukey para a variável jornada de trabalho na dimensão psicológica, física e social– Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis	(I) Jornada trabalho	(J) Jornada trabalho	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
mean_psic_DIF	20 horas	40 horas	0,96311*	0,29958	0,004
		Mais de 40 horas	0,96709*	0,29245	0,003
	40 horas	20 horas	-0,96311*	0,29958	0,004
		Mais de 40 horas	0,00398	0,16327	1,000
	Mais de 40 horas	20 horas	-0,96709*	0,29245	0,003
		40 horas	-0,00398	0,16327	1,000
mean_fis_DIF	20 horas	40 horas	1,25930*	0,30798	0,000
		Mais de 40 horas	1,13523*	0,30046	0,001
	40 horas	20 horas	-1,25930*	0,30798	0,000
		Mais de 40 horas	-0,12408	0,16752	0,740
	Mais de 40 horas	20 horas	-1,13523*	0,30046	0,001
		40 horas	0,12408	0,16752	0,740
mean_soc_DIF	20 horas	40 horas	-0,01613	0,23305	0,997
		Mais de 40 horas	0,12399	0,22750	0,849
	40 horas	20 horas	0,01613	0,23305	0,997
		Mais de 40 horas	0,14013	0,12701	0,513
	Mais de 40 horas	20 horas	-0,12399	0,22750	0,849
		40 horas	-0,14013	0,12701	0,513
mean_geral_DIF	20 horas	40 horas	0,47897*	0,14557	0,003
		Mais de 40 horas	0,44811*	0,14202	0,005
	40 horas	20 horas	-0,47897*	0,14557	0,003
		Mais de 40 horas	-0,03086	0,07918	0,920
	Mais de 40 horas	20 horas	-0,44811*	0,14202	0,005
		40 horas	0,03086	0,07918	0,920

Fonte: Elaboração própria.

\*. *The mean difference is significant at the 0.05 level.*

### 4.3 ANÁLISES DE REGRESSÃO

A fim de verificar quais variáveis numéricas teriam um possível poder preditivo na dimensão geral de qualidade de vida, bem como as dimensões específicas, foram usadas as seguintes variáveis: idade, tempo levado para buscar atendimento médico após o início dos sintomas da DORT, tempo de serviço e quantidade de afastamentos por ordem médica.

De acordo com os resultados obtidos para a variável idade, verificou-se não possuir significância preditiva para as dimensões de qualidade de vida geral, assim como nas dimensões específicas. O beta da regressão foi -0,002 para QV geral e o  $p=0,584$ ; o beta da regressão foi -0,002 para a dimensão física e o  $p=0,755$ ; o beta da regressão foi -0,003 para a dimensão social e o  $p=0,654$ ; o beta da regressão foi 0,008 para a dimensão psicológica e o  $p=0,305$  (Apêndice A – Tabela 23).

A variável Tempo de Serviço também não possui bom poder preditivo para as dimensões de qualidade de vida geral e para as dimensões específicas. O beta da regressão foi 0,000 para a dimensão geral e o  $p=0,925$ ; o beta da regressão foi 0,000 para dimensão física e o  $p=0,977$ ; o beta da regressão foi -0,001 para a dimensão social e o  $p=0,760$ ; e o beta da regressão foi 0,004 para a dimensão psicológica e o  $p=0,408$  (Apêndice A – Tabela 24).

Encontram-se na Tabela 10 os resultados obtidos para a variável buscar atendimento médico após o início dos sintomas para os DORT como fator preditivo na dimensão total, física, psicológica e social de qualidade de vida não possuem bom poder preditivo para as dimensões de qualidade de vida geral e para as dimensões física e psicológica. há uma correlação bastante fraca com a variável tempo em que procurou atendimento médico, de modo que o poder preditor, embora se mostre estatisticamente significativo, é bastante baixo.

**Tabela 10** – Análise de regressão linear para variável tempo para buscar atendimento após início dos sintomas da DORT como fator preditivo na dimensão geral, física, psicológica e social de qualidade de vida – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis	Coefficiente $\beta$	Erro padrão	p-valor
<b>Dimensão Geral</b> Tempo após o início dos sintomas da DORT você procurou atendimento	-0,008	0,011	0,457
<b>Dimensão Física</b> Tempo após o início dos sintomas da DORT você procurou atendimento	0,003	0,024	0,892
<b>Dimensão Social</b> Tempo após o início dos sintomas da DORT você procurou atendimento	-0,048	0,016	0,003*
<b>Dimensão Psicológica</b> Tempo após o início dos sintomas da DORT você procurou atendimento	0,015	0,022	0,503

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 11 encontram-se os resultados obtidos para a variável quantidade de afastamentos por ordem médica como fator preditivo na dimensão geral, física, social e psicológica de qualidade de vida não possuem bom poder preditivo para nenhuma das dimensões de Qualidade de Vida; todos os valores obtiveram significância maior que 0,05, exceto na dimensão psicológica ( $p=0,004$ ). Da mesma forma como ocorrera na análise anterior, embora o beta tenha sido significativo, a correlação entre as variáveis é bastante fraca, reduzindo o poder preditor da quantidade de afastamentos por ordem médica em relação à dimensão psicológica.

**Tabela 11** – Análise de regressão linear para variável quantidade de afastamento por ordem médica como fator preditivo na dimensão geral, física, psicológica e social de qualidade de vida – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis	Coefficiente $\beta$	Erro padrão	p-valor
<b>Dimensão Geral</b>	-0,015	0,009	0,089
Afastamentos por ordem médica			
<b>Dimensão Física</b>	-0,003	0,019	0,108
Afastamentos por ordem médica			
<b>Dimensão Psicológica</b>	-0,048	0,016	0,004*
Afastamentos por ordem médica			
<b>Dimensão Social</b>	-0,019	0,013	0,124
Afastamentos por ordem médica			

Fonte: Elaboração própria.

\*Estatisticamente significante ( $p<0,050$ ).



## 5 DISCUSSÃO

Neste capítulo será apresentada a discussão dos dados sociodemográficos, bem como a análise do construto e as variáveis preditoras de qualidade de vida.

Houve predomínio de mulheres (67,5%), o que corrobora outros estudos de trabalhadores com DORT e pode estar relacionado ao fato de ser diferente o organismo feminino em relação ao masculino no que concerne aos aspectos fisiológicos e morfológicos (MUSSI, 2005; OLIVEIRA et al., 2011; PUNNETT, 1997). Para Lima (2004), o elevado índice de mulheres com DORT deve-se ao fato de muitas realizarem trabalhos repetitivos e penosos, expondo-se a doenças do trabalho e ao exercício de funções em péssimas condições ambientais e de saúde.

Galete (2006) justifica o aumento de mulheres, em torno de 45%, inseridas no mercado formal de trabalho (hotéis, bares, restaurantes, recreação, serviços de reparo e domésticos) devido ao índice elevado de desemprego masculino durante a recessão econômica. A inserção da mulher no mercado formal de trabalho resulta em um acúmulo de atividades, decorrente da dupla e até tripla jornada de trabalho, contribuindo e elevando os riscos para os DORT. A tendência para designar às mulheres tarefas monótonas, repetitivas e meticulosas, que exigem habilidades e promovem o sedentarismo, aumenta os fatores de risco para os DORT (MUSSI, 2005; OLIVEIRA et al., 2011; PUNNETT, 1998).

Houve um predomínio da faixa etária entre 41 e 50 anos (42,8%) seguido da faixa etária entre 51 e 60 anos. A média de idade de trabalhadores com DORT é de 46,3 anos. Resultados encontrados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) indicam maior concentração de trabalhadores na faixa etária de 30 a 49, o que corresponde a 7,8 milhões (53,7%), seguido da faixa etária de 50 a 59 anos, com dois milhões de trabalhadores (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). Estudo realizado por Pessoa, Cardia e Santos (2010), com trabalhadores com LER/DORT na Paraíba, participantes do Programa de Fisioterapia a Trabalhadores – Lesão por Esforço Repetitivo (PROFIT-LER), mostrou que 44,5% estão na faixa etária 40-49 anos, no ápice da produtividade.

Neste estudo, a segunda faixa etária predominante foi constituída de trabalhadores com idade entre 51 e 60 anos. Galete (2006) justifica que a inserção de trabalhadores com a faixa etária de 50 anos ou mais deve-se ao fato de os trabalhadores estarem aposentados e continuarem trabalhando para completar a renda familiar.

Ainda neste estudo, a doença atinge pessoas que estão com média de idade de 46,39 anos, fase que se caracteriza como produtiva para o trabalhador. Entende-se que este resultado constitui-se em um alerta para as empresa, para que passem a se preocupar com os trabalhadores jovens e a investigar os fatores de risco para o adoecimento (como a jornada de trabalho, as condições do trabalho, a ergonomia, e o estresse), visando reduzir o número de pessoas com DORT.

No estudo de Varela e Ferreira (2004), apenas 12,3% das trabalhadoras de enfermagem, em Salvador, possuía nível superior. Quanto aos achados relacionados à escolaridade, neste estudo, uma parte significativa dos trabalhadores possui nível médio completo (39,2%), seguido de nível médio incompleto; não foram encontrados trabalhadores com mestrado ou doutorado e apenas 6,6% dos participantes possuíam especialização. Chama a atenção, entre esses trabalhadores, o fato de não continuarem os estudos; apenas 15,1% ainda estão estudando e 14,2% possui nível superior. Não foram encontrados trabalhadores com nível fundamental incompleto, por ser este um critério de exclusão para participar da pesquisa.

Salim (2003) e Varela e Ferreira (2004) encontraram, em suas pesquisas, um maior número de trabalhadores com nível médio de escolaridade. Salim (2003) refere também que a incidência de trabalhadores com DORT entre aqueles com escolaridade de terceiro grau reduziu e, para trabalhadores com primeiro grau de escolaridade, aumentou significativamente. Portanto, ao longo do tempo, a tendência tem sido de maior incidência da doença entre os situados na base da pirâmide social, fato que reforça o seu caráter socialmente excludente.

Scopel, Oliveira e Wehrmeister (2012) identificaram, em bancários de Porto Alegre, que a prevalência de sintomas para os DORT foi menor em funcionários com nível de escolaridade de terceiro grau e com especialização.

Dados do IBGE informam, em relação à escolaridade dos brasileiros, que o percentual aumentou de 44,5%, em 2010, para 45,8%, em 2011, tendo, 60% dos trabalhadores, mais de 11 anos de escolaridade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Tal mudança justifica-se devido às exigências do mercado de trabalho, fazendo com que os trabalhadores busquem qualificação profissional e melhores salários. Para Galette (2006), embora seja verificado um aumento de trabalhadores com nível de escolaridade maior, no que se refere a anos de estudo não está havendo, entretanto, um aumento salarial para compensar esse aumento da escolaridade.

A renda mensal informada (35,8% recebiam até 3 SM) pelos participantes desta pesquisa é baixa. É importante salientar que o salário vigente em 2011, época da realização do

instrumento, era de R\$546,00. De forma similar, o estudo de Salim (2003), que trabalhou com dados do Núcleo de Saúde do Trabalhador (Nusat), em Belo Horizonte, constatou que os DORT estão associados a trabalhadores de menor renda. No estudo realizado por Caetano, Cruz e Leite (2010), com trabalhadores do Cerest, em Juiz de Fora (MG), 83,3% dos trabalhadores com DORT recebiam até 1 salário mínimo, 2,6%, acima de 2 salários mínimos, e 13,8% não tinham rendimento. Os DORT, portanto, estão associados a trabalhadores de menor renda, e a incidência da doença ocorre com quem está na base da pirâmide social. O adoecimento não é previsível e o custo da doença é elevado, em razão das medicações, além do tratamento não medicamentoso e, muitas vezes, a empresa não oferece plano de saúde. Todos esses fatores podem comprometer o orçamento familiar, principalmente no caso dos trabalhadores que são os únicos responsáveis pela manutenção da família.

Com relação à responsabilidade financeira, neste estudo, 38,7% dos trabalhadores são os únicos responsáveis e 67,3% são mulheres. Segundo Ghisleni e Merlo (2005) muitas das mulheres trabalhadoras, atualmente, são chefes de família, responsáveis pelo sustento e manutenção da casa e pela criação de seus filhos.

No que diz respeito ao recebimento ou não de benefício do INSS, entre os participantes do nosso estudo, 44,6% afirmaram recebê-lo. Por outro lado, 50,5% declararam não possuir tal benefício. Muitos desses trabalhadores estavam com perícia médica agendada, deveriam retornar ao trabalho, porém continuavam sem condições e não tinham certeza de continuarem afastados.

Em relação a estar trabalhando/não trabalhando, apenas 12,7% dos indivíduos relataram não estar empregados ou ter sido demitidos e estavam procurando o direito legal em relação a evidenciar onexo causal da doença, já que estavam de atestado médico e quando retornaram às atividades foram demitidos.

Quanto à jornada de trabalho, 50% dos participantes trabalhavam mais de 40 horas semanais, fato que pode estar relacionado ao adoecimento dos trabalhadores. Uma limitação do estudo é, no instrumento, relativo à carga horária de 30 horas. Os dados encontrados diferem dos relatados no estudo realizado por Monteiro e Alexandre (2006) com trabalhadores de uma instituição pública de saúde. Na análise da carga horária semanal, as autoras encontraram maior ocorrência da doença entre os que trabalhavam de 30 a 40 horas; entre os que trabalhavam mais de 40 horas ocorreu menor percentagem da doença. As autoras justificam como sugestivo da ocorrência o fato da contratação do trabalhador sadio, em detrimento daqueles com piores condições de saúde. Tsuchiya, Mendonça e Cesar (2009)

realizaram estudo com trabalhadores de uma indústria moveleira e constataram que a jornada de trabalho semanal dos empregados era de 40 até 47 horas, e o maior número de trabalhadores estava na carga horária de 40 horas; a correlação presença de dor e jornada de trabalho foi um fator significativo, com  $p=0,0123$ . Os trabalhadores relataram que a dor começa no final do período de trabalho.

Em relação ao número de trabalhadores que exerciam atividade laboral, na pesquisa realizada foram identificados 32,5% dos trabalhadores em empresas com mais de 500 funcionários, ou seja, empresas de grande porte, e 10,4% em empresas de 100 a 249 funcionários, portanto de médio porte.

A Lei Complementar n.º 123, de 2006, classifica as empresas em relação ao porte por seu volume de negócios. O IBGE e o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae) também utilizam a classificação por número de trabalhadores. Assim, são consideradas microempresas aquelas que empregam até 10 pessoas e o balanço não exceda 2 milhões de reais; pequenas empresas as que empregam até 50 pessoas e o faturamento não seja superior a 10 milhões de reais; e empresas de médio porte possuem o faturamento até 50 milhões de reais e o número de trabalhadores não ultrapassa 250 pessoas (SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS, [20--]).

Dados do IBGE referem que pequenas e médias empresas são responsáveis por 60% das ocupações no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Estas surgem devido ao baixo custo para geração de postos de trabalho e absorvem trabalhadores menos especializados, menos qualificados e com baixos salários. Entretanto, não se pode deixar de levar em conta que menor recurso não significa negligenciar o ambiente de trabalho, contribuindo para ambientes ergonomicamente impróprios. Deve-se também considerar o que dizem Caetano, Cruz e Leite (2010), ao referirem que a ergonomia favorece e garante a saúde do trabalhador e tem como consequência a qualidade de vida.

Neste estudo, em relação à quantidade de afastamentos por Atestados Médicos (AM), encontrou-se um total de 3,73 anos e o tempo de afastamento do trabalho atual foi de 3,42 anos. Este resultado aproxima-se dos encontrados por Caetano, Cruz e Leite (2010) em pesquisa realizada em Juiz de Fora, com trabalhadores que frequentavam o Cerest local, na qual a média de afastamento por AM foi de quatro anos. Em estudo realizado por Guimarães (2005), com trabalhadores civis de Brasília, o segundo maior índice de afastamento, 21%, estava relacionado às doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (Grupo XIII da CID 10).

Os resultados obtidos neste estudo mostram que o tempo médio dos trabalhadores na função que causou os DORT foi em torno de 12,4 anos. Picoloto e Silveira, em 2008, realizaram um estudo com metalúrgicos de uma empresa de Canoas (RS) e, em relação ao tempo de serviço na função que causou DORT, encontraram a média de 62,13 meses, sendo o mínimo de dois meses e o máximo de 396 meses. Nesse mesmo estudo, 75,2% dos trabalhadores referiram sintomas osteomusculares (PICOLOTO; SILVEIRA, 2008). Maciel, Fernandes e Medeiros realizaram uma pesquisa em Santa Cruz (RN) com profissionais da indústria têxtil/corte/costura e foi significativa a associação entre o tempo de serviço e a dor ( $p < 0,001$ ). O estudo constatou que os sintomas para os distúrbios osteomusculares tiveram início após seis meses de atividade na empresa (MACIEL; FERNANDES; MEDEIROS, 2006).

Em relação aos diagnósticos médicos para os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, os trabalhadores entrevistados possuíam vários diagnósticos para os DORT, porém não apresentaram relatórios com CID para DORT. Aparecem, em maior percentual, os trabalhadores com a síndrome do túnel do carpo (31,3%), tendinite (30,6%) e cervicalgia (25,0%). A tendinopatia foi responsável por 5% dos diagnósticos. Dentre os trabalhadores entrevistados, apenas 8,1% ( $n=13$ ) possuíam relatórios com diagnósticos para DORT e estavam afastados sem previsão de retorno às atividades laborais.

O estudo de Varela e Ferreira (2004), realizado com trabalhadoras de enfermagem de Salvador, encontrou dados semelhantes em relação aos diagnósticos médicos, sendo os mais frequentes a síndrome do túnel do carpo, seguida de cervicalgia e tendinite. No estudo de Negri (2010), com trabalhadores do CEREST-Piracicaba, a prevalência de síndromes osteomusculares foi de 16,8% para síndrome de túnel do carpo. Entre esses trabalhadores, os resultados mostraram uma associação de risco para o desenvolvimento de síndrome de túnel do carpo relacionada ao sexo feminino e um nível baixo de escolaridade e de renda até 3 salários mínimos mensais.

Dos pacientes que constituem a amostra deste estudo, 3,8% possuem fibromialgia. Este tipo de dor acomete 2% da população, sendo 80% a 90% dos casos diagnosticados em mulheres com idade entre 30 e 60 anos. Em relação ao diagnóstico de fibromialgia, Álvares e Lima (2010) referem que vem substituindo o diagnóstico para LER/DORT, ressaltando que, quando ocorre essa mudança, perde-se o nexo causal. Para essas autoras, isso decorre da dificuldade dos profissionais em diagnosticar os DORT.

Em relação aos problemas adquiridos após os distúrbios osteomusculares, neste estudo, 28,7% referiram ter depressão e 12,6% relataram dor, segundo problema mais

frequente das queixas dos trabalhadores. Vale esclarecer que apenas 59,4% dos trabalhadores que participaram da pesquisa responderam a esta questão e 40,6% a deixaram sem resposta. No estudo de Maciel, Fernandes e Medeiros (2006), para os trabalhadores do grupo PROFIT-LER, a dor é um processo limitante e interfere tanto no aspecto profissional quanto no aspecto pessoal e na vida familiar. No estudo realizado por Negri (2010), a dor foi relatada em 100% da amostra, sendo 55,6% no membro superior. Brandão, Horta e Tomasi (2005) realizaram estudo com bancários de Pelotas (RS) cujos resultados apontaram que 68% apresentaram um episódio de dor relacionada aos distúrbios musculoesqueléticos no último ano e 48% nos últimos sete dias.

Em relação à caracterização profissional dos trabalhadores, seguiu-se, nesta pesquisa, a estrutura básica da Categorização Brasileira de Ocupações (CBO) de acordo com a ocupação dos trabalhadores. Esta categorização foi elaborada em 1977, resultado do convênio firmado entre o Brasil e a Organização das Nações Unidas (ONU), por intermédio da Organização Internacional do Trabalho (OIT), no Projeto de Planejamento de Recursos Humanos (Projeto BRASIL 70/550), tendo como base a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO), de 1968.

A classificação é fundamental para as estatísticas de emprego-desemprego, para o planejamento das reconversões e requalificações ocupacionais, na elaboração de currículos, no planejamento da educação profissional e no rastreamento de vagas dos serviços de intermediação de mão de obra. O termo ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares; quanto às atividades realizadas, o título ocupacional é uma classificação que surge da agregação de situações similares de emprego e/ou trabalho com base na CIUO citada.

Dentre as características ocupacionais dos trabalhadores deste estudo, destacaram-se: 9,2% escriturários bancários e caixa; 8,7% gerentes de banco; 7,6% auxiliares de escritório; e 5,4% operadores de caixa, auxiliares de limpeza e técnicos e auxiliares de enfermagem. Em relação a outras ocupações, 9,8% correspondem a agente de segurança, agricultor, pintor, vidraceiro, mineiro, motoboy, padeiro, agente postal. Estes achados são compatíveis aos encontrados em outros estudos (SALIM, 2003; VARELA; FERREIRA, 2004).

No estudo realizado por Brandão, Horta e Tomasi (2005) com bancários em Pelotas (RS), 68% eram escriturários e 33% possuíam cargo de chefia. Destaca-se que as atividades exercidas por esses trabalhadores têm sofrido mudanças, sobretudo tecnológicas, com repercussões psicológicas e físicas. As mudanças organizacionais no

serviço bancário foram caracterizadas por desemprego e sofrimento psíquico em função de reestruturação do trabalho, principalmente para os funcionários com faixa etária mais elevada, com maior tempo de serviço, gerando perdas de funções nas empresas (GRISCI et al., 2006).

No estudo realizado por Monteiro e Alexandre (2006) com trabalhadores de uma Instituição pública de saúde, em diferentes ocupações, 52,1% eram auxiliares de serviços gerais e 29,2% eram auxiliares de enfermagem, com diagnóstico de DORT. Já no estudo de Negri (2010), foi encontrado maior número de trabalhadores com diagnóstico de DORT nas seguintes ocupações: domésticas, cozinheiras e serviços gerais.

Os trabalhadores com diagnóstico de LER/DORT, de acordo com o MS, são, em maioria, jovens e mulheres que exercem atividades que exigem maior esforço e repetitividade, em empresas dos mais diversos ramos de atuação, mas prevalecem os bancários, os metalúrgicos e os trabalhadores do comércio, principalmente nas funções de digitação e montagem (BRASIL, 2001).

No caso deste estudo, o ritmo do trabalho, a cobrança de qualidade e produtividade, bem como a dupla jornada de trabalho, foram identificados como fatores que contribuíram para os DORT dos trabalhadores entrevistados. Esclarece-se que, no instrumento de coleta de dados utilizado, não havia questão sobre dupla jornada de trabalho; apenas perguntou-se sobre a carga horária de trabalho.

Em estudo realizado com trabalhadores da indústria têxtil por Maciel, Fernandes e Medeiros (2006), a jornada de trabalho de alguns trabalhadores ultrapassava a carga horária semanal, devido à maioria dos indivíduos fazer hora extra e, como consequência, não realizavam pausas para descanso e ficavam sentados a maior parte do tempo. Essa condição, reconhecidamente, provoca o desenvolvimento de processos inflamatórios nas estruturas osteomusculares. Por esta razão, há muitos anos, preconizam-se os períodos de pausa para o repouso, a fim de garantir a recuperação física de um processo de fadiga muscular. Entretanto, não se deve relacionar o trabalho apenas ao desgaste físico; é importante verificar a estrutura organizacional, ou seja, a divisão de tarefas, as relações sociais, psicológicas, assim como as condições ergonômicas do trabalho.

Para Dejourns, Abdoucheli e Jayet (2012), as condições de trabalho e as pressões que sofrem os trabalhadores, sejam elas físicas, mecânicas, químicas ou biológicas, provocam o adoecimento e podem ocasionar o desgaste físico, o envelhecimento e as doenças psicossomáticas.

Com referência aos tratamentos realizados após os DORT, neste estudo, 26,8% referiram fazer tratamento medicamentoso e 66% realizam tratamento não medicamentoso, como quiropraxia, acupuntura, RPG e hidroginástica. No estudo realizado por Negri (2010), no Cerest de Piracicaba, 84,4% dos trabalhadores realizavam tratamento medicamentoso, 77,3%, fisioterapia e 14,6%, acupuntura – tratamento não medicamentoso.

É importante ressaltar que, para os DORT, não existe uma única causa, já que envolvem fatores físicos – exigência das tarefas –, fatores psicológicos – pressão psicológica em função da competitividade, produtividade e pressão organizacional – e fatores sociais – diminuição do lazer, do convívio com amigos e familiares –, questões que confirmam a multifatorialidade envolvida na qualidade de vida (CHIAVEGATO FILHO; PEREIRA JUNIOR, 2004).

Nas análises do construto qualidade de vida antes e após os DORT, os escores mostraram diferenças significativas em todos os domínios. A dimensão qualidade de vida geral corresponde à média das três dimensões (social, física e psicológica) e o escore encontrado foi significativo em todos os domínios com  $p=0,000$ . A qualidade de vida antes do DORT é significativamente superior à média da escala depois dos DORT. Este resultado demonstra a sensibilidade da escala em detectar mudanças de qualidade de vida antes do adoecimento e após o desenvolvimento dos DORT.

Em relação às variáveis ter filhos/não ter filhos, escolaridade, estudar/não estudar, estado civil, responsabilidade financeira, quantidade de funcionários na empresa que trabalha, e receber/não receber o benefício do INSS, nenhuma delas apresentou resultado significativo em relação ao domínio físico, psicológico e social, bem como para a dimensão qualidade de vida geral com  $p>0,005$ . Esses fatores, portanto, não interferiram na qualidade de vida dos sujeitos que participaram da pesquisa.

A variável local em que a coleta de dados foi realizada não apresentou diferenças significativas no tocante à dimensão geral, com  $p=0,118$ , na dimensão social, com  $p=0,135$ , e na dimensão física, com  $p=0,165$ . No entanto, apresentou diferenças significativas na dimensão psicológica, com  $p=0,023$ , o que pode ser um viés deste estudo, porque 41% dos trabalhadores entrevistados eram do ambulatório da dor e, portanto, trabalhadores que estavam realizando acupuntura e bloqueio venoso e local, muitos com quadros algícos intensos, deprimidos e afastados do trabalho, ansiosos e preocupados com o adoecimento.

Destaca-se, neste estudo, em relação à variável sexo, o valor significativamente diferente em relação à dimensão qualidade de vida geral,  $p<0,000$ , com  $p=0,046$ . Esclarece-se



que não foi realizada a análise entre os sexos masculino e feminino. No entanto, pôde-se constatar que ter DORT, tanto para homens quanto para mulheres, interfere na qualidade de vida geral, que engloba a dimensão física, social e psicológica.

A jornada de trabalho, para esses trabalhadores, mostrou possuir efeito significativo na dimensão geral, psicológica e física com valor de  $p < 0,005$  e o teste *post hoc* Tukey revelou que os trabalhadores com 20 horas têm qualidade de vida inferior àqueles com 40 ou mais horas semanais de trabalho. No estudo de Silva et al. (2006), com trabalhadores de enfermagem, a maioria dos profissionais, que trabalhava em mais de um hospital, relatou a presença de desgaste físico e mental, colaborando para uma pior qualidade de vida, pois o adoecimento gera sentimento de culpa e depressão, a dor causada pelas síndromes limita a capacidade física, e o afastamento gera o medo de perder o emprego, a percepção de incapacidade, de fracasso e inutilidade. Neste estudo, a pior qualidade de vida para pessoas com 20 horas de trabalho pode ser justificada por uma jornada tripla, ou seja, dois empregos, além das atividades diárias domésticas, até porque grande parte dos participantes são mulheres.

A variável renda apresentou valor significativo nos grupos de trabalhadores que recebiam de um a três salários mínimos,  $p < 0,005$ , apenas na dimensão social, que envolve as relações sociais, suporte sexual e atividade sexual; nas demais dimensões e grupos, não apresentou significância. O fato de ter uma família, colegas de trabalho e grupos de apoio durante o adoecimento é extremamente importante, porém, para o trabalhador com DORT, o apoio dos colegas não existe, porque não entendem o processo de adoecimento, acham que é fingimento, preguiça. Alguns desses fatores colaboraram para o isolamento social, a exemplo da diminuição do lazer, desaparecimento dos amigos, e até a própria família não entende a incapacidade física causada pelos DORT, como relatado pelos pacientes durante a entrevista.

No estudo realizado com bancários com DORT, em Jequié (BA), Lima Filho (2011) refere que estes justificam o isolamento como uma estratégia para evitar o “aborrecimento”, não se sentirem inferiorizados e estigmatizados.

A fim de verificar quais variáveis numéricas teriam poder preditivo nas dimensões física, psicológica e social de qualidade de vida geral, foram usadas as variáveis idade, tempo de serviço na função que causou DORT, tempo levado para procurar o médico após o início dos sintomas e quantidade de afastamentos por ordem médica. De acordo com a análise de regressão, as variáveis idade e tempo de serviço não apresentaram fator preditivo para a qualidade de vida, nem foi significativa em nenhuma das dimensões o valor de  $p > 0,05$ .

Embora a variável buscar atendimento médico após o início dos sintomas tenha sido significativa na dimensão social, com  $p < 0,05$ , mostra uma correlação fraca e o poder preditivo é muito baixo. No estudo realizado por Sousa Júnior (2008) com trabalhadores em cidades agrícolas, os participantes da pesquisa não perceberam alteração no relacionamento familiar após os DORT, porém os escores mostraram uma tendência a não realização de atividades de lazer com os familiares.

A variável quantidade de afastamentos por ordem médica, como fator preditivo para as dimensões geral e específicas de qualidade de vida, apresentou poder preditivo apenas na dimensão social com  $p < 0,05$ ; a prevenção constitui um fator determinante na saúde do trabalhador e sua não realização pode alterar os resultados do trabalho e, até mesmo, transformá-lo em um trabalho inútil. A importância de o trabalhador procurar o médico, realizar o tratamento prescrito e afastar-se quantas vezes forem necessárias, sem preocupar-se com demissão e redução do salário, é imprescindível para uma boa qualidade de vida, além de ser um direito do profissional. Segundo Sousa Júnior (2008), o trabalhador tem sentimento de vergonha por aparecer em eventos sociais enquanto está impossibilitado de trabalhar. Um dado importante em relação aos afastamentos com AM, é que os gestores precisam desenvolver programas que mensurem a QVT, além de atividades de reabilitação, de inserção desse trabalhador no local de trabalho e, principalmente, programas de prevenção para os DORT.

A utilização de escalas que mensurem a qualidade de vida em pessoas com doenças específicas, como trabalhadores com DORT, possibilita o entendimento do processo de saúde-doença e como vivenciam as alterações ocorridas antes e após os DORT, estimulam os trabalhadores a se tornarem gestores das atividades que desenvolvem, conhecendo o limite do seu corpo e participando e criando grupos de discussão sobre os limites do trabalho e os impostos pela doença.

Como os DORT estão relacionados à intensificação do ritmo de trabalho e são ocasionados pela realização de movimentos repetitivos e prolongados, que provocam o cansaço físico e mental, modificando a qualidade de vida dos trabalhadores tanto no domínio físico como no psicológico, social, ambiental e ergonômico, este estudo torna evidente a importância de ações de promoção da saúde por parte dos gestores, bem como que os trabalhadores estejam conscientes da importância da ergonomia nas atividades que realizam diariamente e envolvem questões relacionadas ao estresse, ao lazer, à convivência com a família e ao suporte social.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida (QV) é um tema complexo, por envolver vários aspectos e por ser caracterizada de formas distintas e com base em diferentes perspectivas teóricas. A sua importância na sociedade atual tem sido muito discutida nas últimas décadas e a sua conceituação tem sido dificultada pelo fato de conter aspectos subjetivos e por tratar da percepção a respeito de como o indivíduo avalia o seu estado de saúde-doença.

Percebeu-se que os instrumentos específicos têm a vantagem de detectar particularidades de maneira individual e específica e promover contribuições teóricas fundamentais para o entendimento do fenômeno qualidade de vida e a incorporação das especificidades de pessoas que vivem com o diagnóstico de distúrbios osteomusculares.

Participaram deste estudo 212 trabalhadores. O grupo de trabalhadores caracterizou-se pela predominância do sexo feminino, tendo a variável sexo apresentado diferença significativa para pior QV o sexo masculino.

As variáveis idade, estado civil, estudar/não estudar, ter filhos/não ter filhos, responsabilidade financeira e receber INSS e também escolaridade não apresentaram diferenças significantes em nenhuma dimensão.

No tocante à variável estudar/não estudar, em nenhuma dimensão para qualidade de vida apresentou resultado significativo em relação ao domínio físico, psicológico e social, e para a dimensão de qualidade de vida geral com  $p > 0,005$ . Em relação à escolaridade, os dados mostraram ser baixa entre os trabalhadores, fato que preocupa, por ser um componente importante para o entendimento da doença, para a efetividade da cobertura das ações preventivas, para entender a doença e cobrar dos gestores políticas de promoção de saúde no sentido de tornar o trabalho menos desgastante e ergonômico e requerer ações em saúde tanto do ambiente de trabalho como da saúde do trabalhador.

Os resultados mostraram, em relação à jornada de trabalho dos participantes, que houve diferença significativa entre trabalhadores com jornada de 20 horas semanais e aqueles com 40 horas semanais na dimensão física, psicológica e na dimensão geral com  $p < 0,001$ . A maior diferença encontrada foi na dimensão física; a média para os trabalhadores com jornada de 20 horas semanais, indicou que a qualidade de vida foi inferior em relação às demais. Uma limitação do instrumento foi não constar a carga horária de 30 horas. Salienta-se que não se pesquisou, entre os trabalhadores, sobre a dupla jornada de trabalho, porém, além de jornadas de trabalho extensas, a questão é a evolução do DORT, por ser uma doença insidiosa e de

origem multifatorial. No entanto, outros fatores podem reduzir as exigências mecânicas, como a diminuição do ciclo do trabalho e a distribuição de pausas entre os horários, porém as demandas psicossociais podem também produzir tensão aumentada nos músculos.

No tocante ao tempo médio na função que causou os DORT foi de 12,4 anos de serviço. O adoecimento leva ao afastamento das atividades sociais, dos amigos e até da família, porque ter DORT é sentir-se inútil, por não poder realizar atividades que antes do adoecimento realizavam sem nenhuma limitação.

A ocupação bancário foi a mais representada entre os trabalhadores entrevistados. Dentre estes estão: escriturário bancário, caixa, gerente de banco, seguidos por auxiliar de escritório e auxiliar de limpeza, operador de caixa, técnico e auxiliar de enfermagem. A ocupação bancária passa por impactos relacionados às suas atividades, principalmente com o início do trabalho informatizado, caracterizado por atividades repetitivas e pouco diversificadas, com o intuito de aumentar a competitividade e a produtividade. Neste estudo, não foram identificados trabalhadores de empresa privada ou pública, outra limitação. É relevante, para ampliar o conhecimento desta problemática, verificar se o adoecimento tem maior percentual em servidores públicos ou trabalhadores de empresas privadas.

Dentre os diagnósticos mais encontrados para os DORT estão a síndrome do túnel do carpo. Outra limitação do estudo foi a não confirmação dos diagnósticos para DORT; apenas 13 desses trabalhadores possuíam o CID 10. Um fato que chama a atenção é a dificuldade de se avaliar onexo causal, pois, nesta pesquisa, muitos trabalhadores estavam afastados das atividades laborais, mas não possuíam um desfecho no diagnóstico para DORT, e apresentavam outros diagnósticos adquiridos após os DORT, como depressão, dor e hipertensão. Além das limitações físicas, imposta pelos DORT, os problemas psicológicos gerados pela dinâmica do trabalho, por não aceitar o adoecimento, pela sensação de nulidade imposta pela doença e pela dificuldade de estabelecer o nexodo trabalho, a reabilitação e a reinserção do trabalhador não existe. A reinserção é realizada com a adequação do funcionário à tarefa que ele pode realizar, mas não é avaliado o ambiente, não são realizadas adaptações no local de trabalho, não são criados grupos de apoio para ajudar na convivência com a doença, discutindo a patologia, as causas e as limitações impostas pelo adoecimento.

Quanto ao local em que foi realizada a coleta de dados, os resultados apresentam diferenças significantes entre os trabalhadores que foram entrevistados no ambulatório, no tocante à dimensão psicológica com  $p < 0,005$ . Um viés a ser considerado em relação ao local

da coleta é o ambulatório da dor e a existência de um elevado número de trabalhadores realizando bloqueio local e venoso.

As variáveis idade, tempo de serviço e tempo transcorrido até que o trabalhador buscasse atendimento médico após o início dos sintomas osteomusculares não possuem poder preditivo para todas as dimensões de qualidade de vida; a correlação é bastante fraca. Mesmo assim, a variável quantidade de afastamentos por ordem médica foi significativa na dimensão psicológica. Por isso, faz-se necessária a ampliação deste estudo, para que se possam verificar outras variáveis que apresentem correlação preditora com a qualidade de vida.

Concluiu-se que o nível de qualidade de vida de pessoas com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em Salvador antes e após o DORT apresenta diferenças significantes verificadas em todos os domínios entre o antes e o após os distúrbios osteomusculares, representando uma pior QV.

Este estudo apresentou algumas limitações: a primeira foi a não confirmação, para todos os trabalhadores, do diagnóstico para DORT; os trabalhadores deveriam estar afastados das atividades laborais, porém foi flexibilizada a participação deles com o retorno ao trabalho em um período máximo de dois meses, em razão do número reduzido de participantes, bem como pela dificuldade de avaliar os itens do questionário antes e após os DORT.

A análise das características inerentes à qualidade de vida e o entendimento das peculiaridades do fenômeno e suas implicações na qualidade de vida de trabalhadores com distúrbios osteomusculares, devido à sua complexidade, exigem a continuidade dos estudos para contribuir de maneira substancial para a compreensão deste tema. É fundamental não apenas avaliar o adoecimento, mas também suas consequências e o tipo de prevenção a ser realizada pelos gestores, bem como os próprios trabalhadores participarem ativamente de medidas preditoras para a qualidade de vida no trabalho.



## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Carlos Clayton Torres et al. Instrumentos para qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes *melitus*. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 931-39, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 6 maio 2012.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 7, p. 3061-30 68, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 22 set. 2012.
- ÁLVARES, Tatiana Teixeira; LIMA, Maria Elizabeth Antunes. Fibromialgia: interfaces com as LER/DORT e considerações sobre sua etiologia ocupacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 803-812, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 9 abr. 2013.
- ANDUJAR, Andrea Martins. **Modelos de qualidade de vida dentro dos domínios bio-psico-social dos aposentados**. 2006. 206 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://www.fafit.com.br/revista/index>>. Acesso em: 9 mar. 2011.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 213 p.
- AWAD, George; VORUGANTI, Lakshmi N.P. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. **Schizophr. Bull.**, Oxford, v. 26, n. 3, p. 557-564, 2000. Disponível em: <<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/26/3/557.long>>. Acesso em: 12 mar. 2013.
- AWERBUCH, Mark. Repetitive strain injuries: has the Australian epidemic burnt out? **Intern. Med. J.**, Austrália, v. 34, n. 7, p. 416-419, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 14 jul. 2012.
- AYRES, Katia Virginia; SILVA, Ivaneide Pereira; SOUTO, Robéria Cesar. Qualidade de vida no trabalho e qualidade de vida: uma proposta integradora. **Angrad**, São Paulo, p. 1-8, 2008. Disponível em: <[http://www.angrad/pdfs/ix\\_enangrad/qualidade\\_de\\_vida.pdf](http://www.angrad/pdfs/ix_enangrad/qualidade_de_vida.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2011.
- BAPTISTA, Rosanita; NOBRE, Letícia Coelho da Costa; PENA, Paulo Gilvane Lopes. (Org.). **A saúde do trabalhador na Bahia**. História, conquistas e desafios. Salvador: EEUFBA; Sesab; Cesat, 2011. 341 p.
- BELASCO, Angélica G. S; SESSO, Ricardo de Castro Cintra. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, Denise Pará; SCHOR, Nestor. **Guia de qualidade de vida**. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 1-10.
- BENDASSOLLI, Pedro F. Crítica às apropriações psicológicas do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Natal, RN, v. 23, n.1, p. 75-84, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 set. 2012.

BLAY, Sergio; MERLIN, Marina Sthal. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: DINIZ, Denise Pará; SCHOR, Nestor. **Guia de qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006. p. 19-30.

BRANDÃO, Andréa Gonçalves; HORTA, Bernardo Lessa; TOMASI, Elaine. Sintomas de distúrbios osteomusculares em bancários de Pelotas e região: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3 p. 295-305, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 3 abr. 2013.

BRASIL. **Lei n.º 8213 /91, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 1991. Disponível em: <<http://planalto.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS – Mortalidade**. 2007. Brasília, 2007. 197 p. Disponível em: <<http://www.datasus.org.br>>. Acesso em: 14 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS – Mortalidade**. 2010. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.org.br>>. Acesso em: 14 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa INSS/DC n.º 98, de 5 de dezembro de 2003**. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos-LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho–DORT. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/silex>>. Acesso em: 2 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.062, de 6 de agosto de 1987**. Reconhece a tenossinovite como doença do trabalho. Brasília, 1987. Disponível em: <<http://www.siabi.trt4.jus.br/biblioteca>>. Acesso em: 20 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 777/GM, de 28 de abril de 2004**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br>>. Acesso em: 2 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 656, de 20 de setembro de 2002**. Aprovaras Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br>>. Acesso em: 9 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho. **Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, n. 114, 2001. 439 p. Disponível em: <<http://www.nesco.medicina.ufmg.br>>. Acesso em: 9 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. Departamento de Serviço Social DSS. **Ordem de Serviço INSS/DSS n.º 606, de 5 de agosto de 1998**. Aprova Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT.



Brasília, 1998. Disponível em: <[http://www.castagnamaia.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=100&Itemid=124](http://www.castagnamaia.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=100&Itemid=124)>. Acesso em: 27 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 196/96. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. **Rev. Bioética**, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.

BUREAU OF LABOR STATISTICS. Department of Labor. **The Editor's Desk Musculoskeletal disorders and days away from work in 2007**. 2007 Disponível em: <<http://www.bls.gov/pub/med/2008/dec/wk1/art02.htm>>. Acesso em: 2 maio 2012.

CAETANO, Vanusa Caiafa; CRUZ, Danielle Teles da; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Perfil dos pacientes e características do tratamento fisioterapêutico aplicado aos trabalhadores com LER/DORT em Juiz de Fora, MG. **Fisioter. Mov.**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 451-460, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

CALMAN, Kenneth C. Quality of life in cancer patients - na hypothesis. **J. of Med. Ethics**, v. 10, n. 3 p. 124-127, 1984. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves; CICONELLI, Rozana Mesquita. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, DC, v. 19, n. 2 p. 128-136, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 set. 2011.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES, João Felício Neto F. Qualidade de vida; um instrumento para promoção da saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008. Disponível em: <<http://www.br.monografias.com>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

CARVALHO, Marcus Vitor Diniz et al. LER-DORT: doença do trabalho ou profissional? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 303-310, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/revista>>. Acesso em: 9 mar. 2012.

CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda de. **A inserção de pessoas com deficiência em empresas brasileiras: um estudo entre concepções de deficiência, condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho**. 2007. 88 f. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CHACHAMOVICH, Eduardo et al. **Versão brasileira do Módulo WHOQOL-OLD: análise de rash de um novo instrumento**. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 308-316, 2008. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 22 set. 2012.

CHIAVEGATO FILHO, Luis Gonzaga; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 149-62, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

CICONELLI, Rozana Mesquita. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev Bras Reumatol.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 9-13, 2003. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 14 jun. 2011.

CICONELLI, Rozana Mesquita et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (BRASIL SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999. Disponível em: <<http://www.nutrociencia.com.br>>. Acesso em: 9 mar. 2012.

COLUCI, Maria Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 149-154, 2009. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 15 maio 2011.

CONSTANZA, Robert et al. Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. **Ecological economics**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 267-276, 2007. Disponível em: <[www.elsevier.com/locate/ecocon](http://www.elsevier.com/locate/ecocon)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

CORRER, Cassiano Januário et al. Tradução para o português e validação do Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 515-522, 2008. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 8 maio 2012.

COSTA, Iraci Alves. **Estudo sobre possíveis associações entre níveis de estresse e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, entre bancários da cidade do Recife**. 2000. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2000.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; FRANKEN, Ieda; RAMOS, Natália. Gênero e qualidade de vida no contexto da imigração internacional. **Fazendo gênero: Diásporas, Diversidades e Deslocamentos**, Florianópolis, n. 9, p. 1-11, 23-26 ago. 2010. Disponível em: <<http://www.fazendogenero.ufsc.br>>. Acesso em: 08 fev. 2011.

CRUZ, Luciane Nascimento. **Associação entre qualidade de vida e depressão em pacientes portadores de doenças crônicas**. 2005. 181 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. Disponível em: <[www.ufrgs.br](http://www.ufrgs.br)>. Acesso em: 29 jul. 2012.

CUMMINS, Robert A. Objective and subjective quality of life: an interactive model. **Soc. Indic. Res.**, [s.l.], v. 52, p. 55-72, 2000. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Social indicators and social development. **School of Psychology, Deakin University**, Melbourne, Austrália, p. 1-13, 2007. Disponível em: <<http://www.ntu.edu.tw>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

DEJOURS, Cristophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do Trabalho, contribuições de Escola Dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho**. 13. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

DUARTE, Priscila Silveira; CICONELLI, Rozana Mesquita. Instrumentos para avaliação da qualidade de vida; genéricos e específicos. In: DINIZ, Denise Pará; SCHOR, Nestor. **Guia de qualidade de vida**. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 11-18.

DUARTE, Priscila Silveira; CICONELLI, Rozana Mesquita; SESSO, Ricardo. Adaptação cultural e validação do “doença renal e qualidade de vida short form/ KQDOL-SF 1.3” no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 375-381, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

FALAVIGNA, Asdrubal et al. Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. **Coluna**, Caxias do Sul, v. 10, n. 1, p. 62-67, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

FARQUHAR, Morag. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nursing**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 502-508, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

FELLI, Vanda Elisa A; TRONCHIN, Daisy Rizotto. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 89-107.

FERNANDES, Eda. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERNANDES, Eda Conte; GUTIERREZ, Luiz Homero. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): uma experiência brasileira. **Revista de Administração da USP (RAUSP)**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 29-38, 1988. Disponível em: <[http://www.rausp.usp.br/busca/artigo.asp?num\\_artigo=607](http://www.rausp.usp.br/busca/artigo.asp?num_artigo=607)>. Acesso em: 2 mar.2012.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 jul. 2011.

FLECK Marcelo Pio de Almeida; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. Development and validation of the portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 maio 2011.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, Marcelo Pio Almeida et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; SKEVINGTON, Suzanne. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 146-149, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br>>. Acesso em: 26 jan. 2012.

FONSECA, Eliana S.M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev. Bras. de Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 235-242, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 jun. 2012.

FRANCO, G. Work-related musculoskeletal disorders. **A lesson from the past.**

**Epidemiology**, Itália, v. 21, n. 4, p. 577-579, 2010. Disponível em:  
<<http://www.epidem.com.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 1 jun. 2012.

FRANZEN, Eleonora. **Avaliação de Qualidade de vida em cardiopatia isquêmica:** validação de instrumento para uma população uma população brasileira. 2005, 107 f. Dissertação (Mestrado em Cardiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FREITAS, Carlos Eduardo Soares de; SILVA, Nara Eloy Machado. O direito à saúde do trabalhador e o papel do Cesat. In: NOBRE, Leticia; PENA, Paulo; BAPTISTA, Rosanita (Org.). **A saúde do trabalhador na Bahia.** história, conquistas e desafios. Salvador: EEUFBA: SESAB; CESAT, 2011. p. 163-186.

GALETE, Rinaldo Aparecido. Mercado de trabalho formal dos serviços pessoais e domiciliares no Brasil. **Rev. Perspec. Contemp.** Campo Mourão, v. 1, n. 1, p. 1-31, 2006. Disponível em: <<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

GANDINI, Rita de Cássia et al. Inventário de depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF**, Itatiba, v. 2, n. 1, p. 23-31, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

GHISLENI, Angela Peña; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 171-176, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722005000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722005000200004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 jul. 2012.

GIORDANO, Patricia Cantu Moreira; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. The Pain Disability Questionnaire: um estudo da confiabilidade e validade. **Rev Latino-Am. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 389-407, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 30 jul. 2012.

GRISCI, Carmem Lochens et al. Nomadismo involuntário na reestruturação produtiva do trabalho bancário. **Rev. Adm. Empresa**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 27-40, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

GUILLEMIN, Francis; BOMBARDIER, Claire; BEATON, Dorcas. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures: Literatura, Revisão e Propostas, Orientações. **J Clin Epidemiol. Scand**, [s.l.], v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1995. Disponível em: “<http://www.sciencedirect.com/scienc/article>”. Acesso em: 12 jul. 2012.

GUIMARÃES, Rosiara de Souza Oliveira. **O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar.** 2005. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo, 2005.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. **Tradução para o português e descrição do processo de validação do Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLDQ).** 2000. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

HADDAD FILHO, Elias Salim. **Qualidade de vida e desenvolvimento sustentável em Santos**. Santos: Editora Universitária Leopoldianum, 2007. 110 p.

HUSE, Edgar F.; CUMMINGS, Robert. **Organization development and change**. 3. ed. St Paul: West Puco, 1985. 448p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, v. 71, 2011. Disponível em: <<http://www.biblioteca.ibge.gov.br>>. Acesso em: 7 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Síntese de Indicador. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.IBGE.gov.br/home>>. Acesso em: 20 out. 2012.

KAPLAN, Robert M et al. The quality of well-being scale applications in AIDS, cystic fibrosis and arthritis. **Medical Care**, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 527, 1989. Disponível em: <<http://www.jstor.org>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

KARPINSKI, David; STEFANO, Silvio Roberto. Qualidade de vida no trabalho e satisfação um estudo de caso no setor atacadista de beneficiamento de cereais. **Ciências Sociais Aplicadas, [S.L.]**, n.1, p. 1-23, 2008. Disponível em: <<http://www.unicentro.br>>. Acesso em: 19 nov. 2011.

KIMURA, Miako; SILVA, João Vitor da. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. **Revista Escola de Enfermagem, USP**, São Paulo, v. 43, n. Esp, p. 1098-1104, 2009. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-16, 2000.

LEAL, Carla Manuela. **Reavaliando o conceito de Qualidade de Vida**. Universidade dos Açores, p. 1-23, 2008. Disponível em: <<http://www.porto.ucp.pt>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

LIMA FILHO, Gilberto Leocádio. **A dimensão social das LER/DORT nos Trabalhadores de Jequié-Bahia**. 2011. 195 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador 2011.

LIMA, Maria Ednalva Bezerra de. A dimensão do trabalho e da cidadania das mulheres no mercado globalizado. In: COSTA, Ana Alice et al. (Org.). **Reconfiguração das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT Brasil, 2004. p. 53-60.

LIMA, Ana Flavia Barros da Silva; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, suppl., p. 1-12, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 out. 2012.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Qualidade de vida no trabalho (QVT): conceitos e práticas nas empresas da sociedade industrial**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 217 p.

LOPES, Andréa Diniz et al. Tradução e adaptação cultural do WORC: um questionário de qualidade de vida para alterações do manguito rotador. **Rev. Bras. Fisiot.**, São Carlos, v. 10, n. 3, p. 309-315, 2006. Disponível em: <[www.sciel.br](http://www.sciel.br)>. Acesso em: 28 set. 2012.

MACIEL, Álvaro Campos Cavalcanti; FERNANDES, Mariana Barros; MEDEIROS, Luciana Souto. Prevalência e fatores associados á sintomatologia dolorosa. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 94-102, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 19 mar. 2013.

MAENO, Maria et al. **Lesões por Esforços Repetitivos (LER)**. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Dor relacionada ao trabalho. Protocolos de atenção integral a Saúde do Trabalhador de complexidade Diferenciada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 39 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_ler\\_dort.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler_dort.pdf)>. Acesso em: 7 fev. 2012.

MARTINS, Jaqueline et al. Versão brasileira do Shoulder Pain and Disability Index; tradução, adaptação cultural e confiabilidade. **Rev. Bras. Fisiot.**, São Carlos, v. 14, n. 6, p. 527-36, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 set. 2012.

MATTOS, Paulo; COUTINHO, Gabriel. Qualidade de vida e TDAH. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, n. 56, supl. 1, p. 50-52, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

MATTOS, Paulo et al. Validação semântica da versão em língua portuguesa do Questionário de Qualidade de Vida em Adultos (AAQoL) que apresentam transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). **Rev. Psiq. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 87-90, 2011. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br>>. Acesso em: 8 set. 2012.

MEDEIROS, Elisa Girardi. **Análise da qualidade de vida no trabalho**: um estudo de caso na área da construção civil. 2002.133 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

MENDES, Ricardo Alves; LEITE, Neiva. **Ginástica laboral**: princípios e aplicações práticas. 2. ed. rev. e ampl. Barueri, SP: Manole, 2008. 216 p.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

MONTEIRO, Maria Sílvia; ALEXANDRE, Cinthia Mendes. Doenças músculo-esqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 20-25, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

MORSCH, Cássia; BARROS, Elvino. Qualidade de vida em terapia intensiva. In: DINIZ, Denise Pará; SCHOR, Nestor. **Guia de qualidade de vida**. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 91-101.

MUSSI, Gisele. **Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) em profissionais cabeleireiras de instituto de beleza de dois distritos da cidade de São Paulo**. 2005. 130 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

NAHAS, Markus V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Nidiograf, 2010. 318 p.

NAPÓLES, Bárbara Valente et al. Tradução e adaptação cultural do Penn Shoulder Score para a língua portuguesa: PSS-Brasil. **Rev Bras Reumatol.**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 389-407, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

NAVARRO, Vera Lucia; PADILHA, Valquiria. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 1, n. esp., p. 14-20, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 5 jul. 2011.

NEGRI, Julia Raquel. **Perfil sociodemográfico e ocupacional, características clínicas e prevalência da síndrome túnel do carpo em trabalhadores acometidos por LER/DORT atendidas no Cerest-Piracicaba/SP, de 1997 a 2007.** 2010. 111 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Escola de Fisioterapia, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2010.

NICOLETTI, Sérgio. Exame clínico do paciente com distúrbios músculo-esqueléticos ocupacionais. **Centro Bras. Ortop. Ocup.**, São Paulo, p. 1-22, 1996. Disponível em: <<http://www.cboo.com.br>>. Acesso em: 20 de set. 2012.

NISHIMURA, Ana Zoqui de Freitas Cayres. **Produção bibliográfica da qualidade de vida no trabalho.** 2008. 267 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Gestão e Negócios, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2008.

NUSBAUM, Luis et al. Translation adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire-Brazil Roland-Morris. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, São Paulo, v. 34, p. 203-210, 2001. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume.../>>. Acesso em: 26 jul. 2011.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **CIUO – Classificación internacional uniforme de ocupaciones.** Ginebra, 1968. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

OLIVEIRA, Luiz Carlos Correia. **Doença invisível, medicina ambígua: a configuração clínica da LER/DORT.** 2006. 453 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros et al. A implantação de políticas públicas de ergonomia na saúde do trabalhador: a experiência participativa do Ministério da Trabalho e Emprego. In: MINAYO-GOMES, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita; PENA, Paulo Gilvane (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade contemporânea.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 143-160.

ORFALE, Adriana Garcia et al. Translation into brazilian portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, São Carlos, v. 38, n. 2, p. 293-302, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

PANZINI, Raquel Gehrke et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clín.**, Porto Alegre, n. 34, supl 1, p. 105-115, 2007.

PARSONS, Talcott. Definition of health and illness in the light of American Values and social structure. In: GARTLY, J.E. ed. **Patients, physicians and illness: a sourcebook in behavioural science and health**. New York: Free Press, 1958. p. 165-187.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PASQUALI, Luiz et al. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 559 p.

PEDUZZI, Marina; ANSEMI, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002. Disponível em: <<http://www.bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 4 mar. 2012.

PENA, Paulo G. L.; BAPTISTA, Rosanita. A institucionalização da saúde do trabalhador na Bahia: a emergência do Cesat. In: NOBRE, Leticia; PENNA, Paulo; BAPTISTA, Rosanita (Org.). **A saúde do trabalhador na Bahia**. História, conquistas e desafios. Salvador: EEUFBA; Sesab; Cesat, 2011. p. 95-138.

PESSOA, Juliana da Costa Santos; CARDIA, Maria Claudia Gatto; SANTOS, Maria Luiza da Costa. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT- LER: um estudo de caso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 821-830, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

PICOLOTO, Daiana; SILVEIRA, Elaine da. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas - RS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 507-516, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

PIMENTEL, Francisco Luis. **Qualidade de vida em oncologia**. Coimbra: Almedina, 2006. 206 p.

PINHEIRO, Fernanda Amaral; TRÓCCOLI Bartholomeu Torres; CARVALHO, Cláudio Viveiros. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares com medida de morbidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 307-312, 2002. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em: 31 dez. 2011.

PREBIANCHI, Helena Bazanelli. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Psicologia: Teoria e Prática**, Campinas, v. 5, n. 1, p. 57-69, 2003. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/11820>> Acesso em: 20 dez. 2011.

PUNNET, Laura. Ergonomic stressors and upper extremity disorders in vehicle manufacturing: cross sectional exposure-response trends. **Occup. Environ. Med.**, [s.l.], n. 55, p. 414-420, 1998. Disponível em: <<http://oem.bmj.com/content/55/6/414.full.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2012.

RIBEIRO, Maria Celeste Soares. **Enfermagem e trabalho fundamentos para atenção à saúde dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo: Martins, 2012.



RODRIGUES, Marcus V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 206 p.

ROLIM, Flávia Sattolo. **Atividade física e os domínios de qualidade de vida e do autoconhecimento no processo de envelhecimento**. 2005. 84 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade de Campinas, Campinas, 2005.

ROMANO, Bellkiss Wilma. Qualidade de vida: teoria e prática. **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 6-9, 1993.

RUFINO NETO, Antonio. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. In: LIMA, Maria Fernanda F.; SOUSA, Rômulo Paes de (Org.). **Qualidade de vida**: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: Abrasco, 1994. p. 11-23.

SALIM, Celso Amorim. Doenças do trabalho exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 11-24. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

SALLES, Paulo Eduardo Marcondes de; FEDERIGHI, Waldomiro José. Qualidade de vida no trabalho (QVT): a visão dos trabalhadores. **O Mundo da Saúde de São Paulo**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 263-278, 2006. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br>>. Acesso em: 9 fev. 2011.

SAMPAIO, Jáder dos Reis. O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. **Rev. Adm.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 5-16, 2009. Disponível em: <<http://www.rausp.com.br>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

SANT'ANNA, Anderson de Souza; KILIMNIK, Zélia Miranda. **Qualidade de vida no trabalho**: abordagens e fundamentos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 300 p.

SANTOS, André Sobierajski. **Validação da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na doença cerebrovascular isquêmica para a língua portuguesa**. 2007. 109 f. Tese (Doutorado em Neurologia) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SAWADA, Namie Okino et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br>>. Acesso em: 26 jan. 2012.

SCHALOCK, Robert L. Three decades of quality of life. **Focus on Autism and other Developmental Disabilities**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 116-127, 2000. Disponível em: <<http://www.accessmylibrary.com>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

SCOPEL, Juliana; OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros; WEHRMEISTER, Fernando César. LER/DORT na terceira década da reestruturação bancária: novos fatores associados? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 875-885, 2012. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 23 abr. 2012.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Celia Maria Laura da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2,

p. 580-588, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027)>. Acesso em: 12 jul. 2011.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **Lei Complementar n.º 123, de 14/12/2006**. Lei Geral da MPE. Brasília [20--]. Disponível em: <[http://leigeral.sp.sebrae.com.br/publicacoes/apresentacao\\_lei\\_geral\\_supersimples.pdf](http://leigeral.sp.sebrae.com.br/publicacoes/apresentacao_lei_geral_supersimples.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2012.

SILVA, Bernadete Monteiro da et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

SOUSA, Thais Costa de; JARDIM, José Roberto, JONES, Paul. Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. **J. Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 119-128, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 7 mar. 2013.

SOUSA JUNIOR, Milson Vieira de. **Análise da qualidade de vida do trabalhador portador de DORT em cidades agrícolas**: o caso do Vale do São Patrício. 2008. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2008.

STRAUSS, Anselm L.; GLASER, Barney G. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine, 1967. Disponível em: <[http://books.google.pt/books/about/The\\_Discovery\\_of\\_Grounded\\_Theory.html?id=rtiNK68Xt08C&redir\\_esc=y](http://books.google.pt/books/about/The_Discovery_of_Grounded_Theory.html?id=rtiNK68Xt08C&redir_esc=y)>. Acesso em: 14 maio 2013.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti; CANESQUI, Ana Maria. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 1473-1483, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 maio 2013.

TEIXEIRA, Clarissa Stefani et al. Qualidade de vida do trabalhador: discussão conceitual. **Rev. Digital**, Buenos Aires, ano 14, n. 136, sept. 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd136/qualidade-de-vida-do-trabalhador.htm>>. Acesso em 11 jan. 2012.

TEIXEIRA-SALMELA, Luci Fuscaldi et al. Adaptation of the Nottingham Health Profile: a simple measure to assess quality of life. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4 p. 905-914, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 4 jun. 2011.

TIMOSSI, Luciana da Silva; FRANCISCO, Antonio Carlos de; MICHALOSKI, Ariel Orlei. **Qualidade de vida**: análise de ferramentas e modelos estatísticos aplicados. Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://www.pg.cefet.pr.br>>. Acesso em: 9 fev. 2012.

TOLEDO, Rafaela Cunha Mayheus Rodrigues; ALEXANDRE, Neuza Maria Costa; RODRIGUES, Roberta Cunha Matheus. Avaliação das 13 qualidades psicométricas de uma versão Brasileira do SPITZER Quality of Life Index em pacientes com dor lombar. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, 2008. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br>>. Acesso em: 6 fev. 2012.

TSUCHIYA, Hugo Zenji Costa; MENDONÇA, Cintia Sabino Lavorato; CESAR, Ana Cristina Gobbo. Associação entre características pessoais, organização do trabalho e presença de dor em funcionários de uma indústria moveleira. **Fisioter. Pesq.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 294-298, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 3 maio 2013.

VARELA, Claudete Dantas da Silva; FERREIRA, Silvia Lucia. Perfil das trabalhadoras de enfermagem com diagnóstico de LER/DORT em Salvador-BAHIA 1998-2002. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 321-325, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

VEENHOVEN, Ruut. Development in satisfaction Research. **Social Indicators Research**, USA, n. 37, p. 1-46, 1996. Disponível em: <<http://repub.eur.nl/res/pub>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

VELOSO, Henrique Maia; BOSQUETTI, Marcos Abílio; LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. A concepção gerencial de Programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no setor elétrico brasileiro. In: SEMINÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO, 8., 2005. **Anais...** São Paulo: USP, 2005. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp>>. Acesso em: 4 mar. 2012.

VIDO, Milena Butolo. **Qualidade de vida na gravidez**. 2006. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2006.

VIGATTO, Ricardo; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; CORREA FILHO, Heleno Rodrigues. Development of a brazilian portuguese version of the Oswestry Disability. **Spine**, Campinas, v. 32, n. 4, p. 481-486, 2007. Disponível em: <<http://www.alpierin.com.br/artigos>>. Acesso em: 3 jul. 2012.

WALTON, Richard. Quality of working life: What is it? **Sloan Management Review**, Cambridge, v. 15, n. 1, p.11-21, 1973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of mental health and prevention of substance abuse. **Measuring quality of life: The World Health Organization quality of life instruments (The WHOQOL-100 and the WHOQOL-Bref)**. 1997. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)>. Acesso em: 9 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

ZIMPEL, Rogério Ricardo. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com HIV/AIDS**. 2003. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.



## APÊNDICE A – TABELAS

**Tabela 12** – Caracterização dos trabalhadores (n=212) quanto à responsabilidade financeira – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

<b>Responsabilidade financeira</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Único responsável	82	38,7
Principal responsável	36	17,0
Divide igualmente as responsabilidades	52	24,5
Contribui apenas com uma parte	21	9,9
Não tem nenhuma responsabilidade financeira	21	9,9
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 13** – Resultado das Médias e desvio padrão do tempo de serviço na função que causou DORT, tempo de afastamentos da empresa (Atestado médico) e quantidade de afastamentos por ordem médica – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

<b>Variáveis ocupacionais e clínicas</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>N</b>
Tempo de serviço na função que causou DORT	12,4	9,6	202
Tempo que levou para procurar o médico após sintomas	2,5	3,7	179
Tempo de afastamento do trabalho atual	3,4	4,0	175
Quantidade de afastamento por ordem médica	3,7	5,4	145

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 14** – Resultado do Test t para grupos independentes para a variável sexo em relação ao domínio geral, físico, psicológico e social – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis	Masculino			Feminino			p-valor
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	
Dimensão Geral	64	6,2	0,9	143	6,5	0,8	0,046*
Dimensão Física	64	6,9	1,3	143	7,3	1,1	0,067
Dimensão Social	64	4,7	0,8	143	4,8	0,8	0,841
Dimensão Psicológica	64	6,3	1,1	143	6,5	1,1	0,071

Fonte: Elaboração própria.

\*Estatisticamente significativa ( $P < 0,050$ ).

**Tabela 15** – Resultado do Test t para grupos independentes para a variável filhos em relação ao domínio geral, físico, psicológico e social – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis	Não			Sim			p-valor
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	
Dimensão Geral	35	6,2	0,9	177	6,4	0,9	0,261
Dimensão Física	35	7,0	1,1	177	7,3	1,6	0,190
Dimensão Social	35	4,9	0,7	177	4,8	0,9	0,605
Dimensão Psicológica	35	6,3	1,0	177	6,5	1,1	0,328

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 16** – Resultado do teste t para a variável estudar/não estudar em relação ao domínio geral, físico, psicológico e social – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis	Não			Sim			p-valor
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	
Dimensão Geral	179	6,4	0,8	32	6,3	0,8	0,404
Dimensão Física	179	7,2	1,2	32	7,2	1,2	0,792
Dimensão Social	179	4,8	0,8	32	4,8	0,7	0,949
Dimensão Psicológica	179	6,5	1,1	32	6,2	1,0	0,197

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 17** – Resultado do Test t para grupos Independentes para a variável benefício do INSS  
– Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis	Sim			Não			p-valor
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão	
Dimensão Geral	95	6,4	0,8	107	6,4	0,8	0,758
Dimensão Física	95	7,2	1,2	107	7,2	1,2	0,738
Dimensão Social	95	4,9	0,7	107	4,7	0,8	0,213
Dimensão Psicológica	95	6,4	1,1	107	6,5	1,1	0,488

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 18** – Resultado do *One Way* ANOVA para grupos Independentes para a variável escolaridade – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis		SQ	GL	QM	F	p-valor
Dimensão Geral	Tratamento	7,0	6	1,1	1,80	0,100
	Resíduos	131,7	205	0,6		
	Total	138,7	211			
Dimensão Física	Tratamento	16,1	6	2,7	1,97	0,071
	Resíduos	279,5	205	1,4		
	Total	295,6	211			
Dimensão Social	Tratamento	6,9	6	1,2	1,98	0,070
	Resíduos	119,2	205	0,6		
	Total	126,1	211			
Dimensão Psicológica	Tratamento	11,6	6	1,9	1,80	0,100
	Resíduos	220,1	205	1,1		
	Total	231,7	211			

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 19** – Resultado do *One Way* ANOVA para grupos independentes variável estado civil em relação ao domínio geral, físico, psicológico e social – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis		SQ	GL	QM	F	p-valor
Dimensão Geral	Tratamento	4,7	4	1,2	1,81	0,128
	Resíduos	133,6	206	0,6		
	Total	138,3	210			
Dimensão Física	Tratamento	8,5	4	2,1	1,52	0,196
	Resíduos	287,0	206	1,4		
	Total	295,5	210			
Dimensão Social	Tratamento	2,8	4	0,7	1,17	0,324
	Resíduos	122,7	206	0,6		
	Total	125,5	210			
Dimensão Psicológica	Tratamento	7,7	4	1,9	1,77	0,136
	Resíduos	222,5	206	1,1		
	Total	230,1	210			

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 20** – Resultado do *One Way* ANOVA para grupos independentes variável responsabilidade financeira em relação a variável dependente o domínio geral, físico, psicológico e social – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis		SQ	GL	QM	F	p-valor
Dimensão Geral	Tratamento	1,1	4	0,3	0,40	0,805
	Resíduos	137,6	207	0,7		
	Total	138,7	211			
Dimensão Física	Tratamento	0,5	4	0,1	0,86	0,987
	Resíduos	295,1	207	1,4		
	Total	295,6	211			
Dimensão Social	Tratamento	1,4	4	0,3	0,56	0,689
	Resíduos	124,8	207	0,6		
	Total	126,1	211			
Dimensão Psicológica	Tratamento	4,1	4	1,0	0,92	0,45
	Resíduos	227,6	207	1,1		
	Total	231,7	211			

Fonte: Elaboração própria.



**Tabela 21** – Resultado do One Way ANOVA para grupos independentes para a variável número de funcionários da empresa em que trabalha/trabalhava – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis		SQ	GL	QM	F	p-valor
Dimensão Geral	Tratamento	3,2	6	0,5	0,79	0,574
	Resíduos	126,6	188	0,7		
	Total	129,8	194			
Dimensão Física	Tratamento	15,5	6	2,6	1,85	0,091
	Resíduos	262,5	188	1,4		
	Total	278,0	194			
Dimensão Social	Tratamento	5,4	6	0,9	1,56	0,158
	Resíduos	107,7	188	0,6		
	Total	113,1	194			
Dimensão Psicológica	Tratamento	3,5	6	0,6	0,51	0,795
	Resíduos	213,2	188	1,1		
	Total	216,7	194			

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 22** – Resultado do *One Way* ANOVA para grupos independentes para a variável jornada de trabalho da empresa em que trabalha/trabalhava – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis		SQ	GL	QM	F	Sig.
<i>mean_psic_DIF</i>	<i>Between Groups</i>	13,714	2	6,857	5,767	0,004
	<i>Within Groups</i>	233,034	196	1,189		
	<b>Total</b>	246,748	198			
<i>mean_fis_DIF</i>	<i>Between Groups</i>	21,435	2	10,717	8,529	0,000
	<i>Within Groups</i>	247,533	197	1,257		
	<b>Total</b>	268,967	199			
<i>mean_soc_DIF</i>	<i>Between Groups</i>	0,938	2	0,469	0,652	0,522
	<i>Within Groups</i>	141,020	196	0,719		
	<b>Total</b>	141,958	198			
<i>mean_geral_DIF</i>	<i>Between Groups</i>	3,171	2	1,586	5,648	0,004
	<i>Within Groups</i>	55,305	197	0,281		
	<b>Total</b>	58,476	199			

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 23** – Análise de regressão linear para a variável idade como fator preditivo na dimensão geral, física, psicológica e social de qualidade de vida – Salvador, Bahia – nov./abr 2012

Variáveis	Modelo Final		p-valor
	Coefficiente $\beta$	Erro padrão	
<b>Dimensão Geral</b>			
Idade	-0,002	0,004	0,584
<b>Dimensão Física</b>			
idade	-0,002	0,005	0,755
<b>Dimensão Social</b>			
idade	-0,003	0,008	0,654
<b>Dimensão Psicológica</b>			
idade	0,008	0,007	0,305

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 24** – Análise de regressão linear para variável Tempo de Serviço como fator preditivo na dimensão geral, física, psicológica e social de qualidade de vida – Salvador, Bahia – nov./abr. 2012

Variáveis	Modelo Final		p-valor
	Coefficiente $\beta$	Erro padrão	
<b>Dimensão Geral</b>			
Tempo de serviço na função que lhe causou DORT	0,000	0,002	0,925
<b>Dimensão Física</b>			
Tempo de serviço na função que lhe causou DORT	0,000	0,005	0,977
<b>Dimensão Social</b>			
Tempo de serviço na função que lhe causou DORT	-0,001	0,004	0,760
<b>Dimensão Psicológica</b>			
Tempo de serviço na função que lhe causou DORT	0,004	0,005	0,408

Fonte: Elaboração própria.

## ANEXO A – MATRIZ DE ESPECIFICAÇÕES EQV-DORT

<b>MATRIZ DE ESPECIFICAÇÕES EQV-DORT</b>	
<b>Dimensão: Aspectos Físicos</b>	
<b>Subdimensão: Mobilidade e Locomoção</b>	
<b>Descritores</b>	<b>Itens</b>
1. Ter dificuldade para mover-se.	1. Sentir dificuldade para movimentar-se no dia-a-dia (acordar, levanta-se, mudar de posição, caminhar, subir e descer escadas, etc). 2. Ter dificuldade de locomoção e mobilidade.
2. Ter diminuição da força e da resistência muscular.	3. Ter dificuldade para realizar atividades domésticas (arruma, varrer, lavar, passar, consertar, etc.) 4. Ter medo de perder o controle 5. Ter dificuldade em levantar, segurar ou carregar objetos.
3. Ter dificuldade para o uso da motricidade fina.	6. Ter dificuldade em manusear objetos com precisão.
<b>Subdimensão: Dor e Desconforto</b>	
4. Sentir dores em locais específicos do corpo - cabeça, braços, coluna.	7. Sentir dor em alguma parte do corpo.
5. Sentir dor ao movimentar-se.	8. Sentir dor aos movimentos do dia-a-dia (acordar, levantar-se, mudar de posição, caminhar, subir e descer escadas, etc).
6. Sentir dor de forte intensidade.	9. Sentir fortes dores. 10. Não suportar a dor.
7. Sentir dor constante.	11. Sentir dores todos os dias. 12. Sentir dor a qualquer atividade. 13. Sentir-se sem condições para o lazer e a diversão. 14. Ter dores constantes.
8. Ter que tolerar a dor.	15. Depender de medicação para o alívio da dor 16. Não sentir alívio da dor ao tomar remédios.
9. Sentir falta de energia e fadiga.	17. Sentir desânimo constantemente. 18. Sentir-se cansado (a) todo o tempo. 19. Sentir-se irritado com frequência. 20. Não conseguir mais realizar atividades relacionadas ao seu trabalho.
10. Sofrer alteração do padrão de sono e repouso.	21. Ter o sono e/ou o repouso prejudicados

<b>Subdimensão: Independência</b>	
11. Dependere de terceiros para executar atividades antes desempenhadas por si.	22. Dependere de terceiros para desempenhar atividades cotidianas (pentear-se, banhar-se, pegar objetos, etc.).
12. Ter o autocuidado comprometido.	23. Ter dificuldade para arrumar-se, vestir-se ou alimentar-se sozinho (a).
<b>Dimensão: Aspectos Ocupacionais</b>	
<b>Subdimensão: Possibilidades de Invalidez</b>	
13. Ter medo de não ser considerado capaz (inválido) para o trabalho.	24. Acreditar que não tem mais utilidade para a empresa ou o trabalho profissional 25. Ter medo de perder o emprego
14. Ter capacidade de trabalho reduzida.	
<b>Subdimensão: Dificuldades Financeiras</b>	
15. Não ter dinheiro para as despesas relacionadas ao tratamento.	26. Não ter dinheiro para pagar tratamentos médicos.
<b>Subdimensão: Estabilidade e Segurança</b>	
16. Não interrupção dos projetos atuais e futuros.	27. Interromper planos pessoais. 28. Interromper planos profissionais.
17. Garantia dos direitos e benefícios adquiridos.	29. Não ter garantia sobre os direitos e benefícios do trabalho.
<b>Dimensão: Aspectos Psicológicos</b>	
<b>Subdimensão: -----</b>	
18. Irritar-se.	30. Perder a paciência com facilidade. 31. Sentir-se nervoso com frequência.
19. Perder o ânimo.	32. Sentir-se desanimado com frequência.
20. Depressão.	33. Sentir tristeza com frequência. 34. Pensar em suicídio.
21. Sentir constrangimento por não poder ajudar nas atividades domésticas.	35. Sentir-se culpado(a) por não ter condições de ajudar em tarefas domésticas. 36. Sentir-se cobrado(a) para realizar as atividades do dia-a-dia 37. Sentir-se discriminada pela família. 38. Não conseguir cuidar de pessoas que dependem de mim.
22. Sentir-se frustrado constantemente.	39. Sentir-se frustrado(a) com frequência. 40. Sentir-se decepcionado consigo próprio. 41. Dependere do auxílio financeiro dos outros 42. Precisar de ajuda para movimentar-se. 43. Passar por dificuldades financeiras.

23. Aumentar o nível de tensão.	44. Sentir-se tenso(a) quando não consegue realizar alguma coisa. 45. Sentir-se incapaz de relaxar 46. Dependere de remédios para dormir. 47. Esquecer frequentemente das coisas. 48. Ter dificuldade para prestar atenção
<b>Dimensão: Aspectos Sociais</b>	
<b>Subdimensão: Lazer e Recreação</b>	
24. Ficar parada quando sai devido à dor.	49. Interagir com as pessoas.
25. Praticar atividades ou exercícios físicos	50. Não conseguir praticar atividades ou exercícios físicos. 51. Ter vida sexual ativa.
<b>Subdimensão: Suporte Social</b>	
26. Ter apoio da família.	52. Receber o apoio de parentes quando necessário. 53. Receber apoio social da família.
27. Ter apoio de pessoas com DORT.	54. Ter apoio de grupos sociais (grupos de apoio a DORT, igreja, etc).
28. Ter apoio social.	55. Ter apoio social dos amigos. 56. Ter amigos que auxiliam quando necessário. 57. Ter medo de ser discriminado no dia-a-dia
29. Encontrar apoio na espiritualidade.	58. Buscar força na espiritualidade 59. Encontrar apoio na religião 60. Ter apoio de pessoas da minha igreja/religião

**ANEXO B – TCLE UTILIZADO NA COLETA DE DADOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

CENTRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES PARA O SETOR PÚBLICO- ISP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Voce está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é construir, validar e padronizar a Escalade Qualidade de vida para portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (EQV-DORT) espera-se que a EQV-DORT venha a ser o primeiro instrumento válido para a avaliação da qualidade de vida de portadores de DORT no Brasil. Este projeto de pesquisa está sob a orientação do Profº Drº Igor Gomes de Menezes e está sendo desenvolvido pelo Núcleo de Instrumentos e Medidas (ISP) e pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem, ambos da Universidade Federal da Bahia.

Conforme determina a Resolução q96/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos o presente estudo requer a participação voluntária dos sujeitos, Será solicitado preenchimento do instrumento através de entrevista feita com trabalhadores afastados de suas atividades laborais por diagnóstico de DORT. Contudo voce não precisará responder qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal e/ou lhe gera incômodo falar. Além da EQV-DORT lhe serão pedidas informações sobre sua idade, renda mensal, escolaridade, estado civil, dentre outras. Antes de decidir participar do estudo voce poderá fazer as perguntas que desejar para os pesquisadores, para que possa conhecer os benefícios da pesquisa. Qualquer dúvida ou problema que venha a ocorrer durante a pesquisa voce poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis no Centro de Estudos interdisciplinares para o Setor Público (ISP), pelo telefone (71) 3283-6482.

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Após ter sido esclarecido(a) sobre os objetivos da pesquisa, estou ciente de que serei submetido(a) a uma entrevista que a minha identidade será mantida em sigilo, que a minha privacidade será respeitada e que os dados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais. Sei que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa. Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado por mim em duas vias, com o compromisso dos pesquisadores fornecerem uma cópia para o meu controle como garantia da minha autonomia.

Afirmo que a minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência dos pesquisadores. Estou ciente de que poderei solicitar aos pesquisadores para rever as informações que forneci na entrevista, estando livre para corrigir parte do que foi dito por mim, além de me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar prejuízo a minha pessoa.

Savador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

\_\_\_\_\_  
Entrevistado\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## ANEXO C – INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DOS DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

## DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS

Data:-----/-----2012

Nº -----

<b>SEXO:</b> 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino  <b>IDADE:</b> -----anos  <b>ESTADO CIVIL:</b> 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 4 <input type="checkbox"/> Separado/divorciado 5 <input type="checkbox"/> União estável( vive com companheiro 6 <input type="checkbox"/> outros <b>Tem Filhos?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não <b>Escolaridade:</b> 1 <input type="checkbox"/> Analfabeto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental completo 3 <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto 4 <input type="checkbox"/> Nível médio completo 5 <input type="checkbox"/> Nível médio incompleto 6 <input type="checkbox"/> Nível Superior completo 7 <input type="checkbox"/> Nível superior incompleto 8 <input type="checkbox"/> Especialização 9 <input type="checkbox"/> Mestrado 10 <input type="checkbox"/> Doutorado	<b>Ainda estuda?</b> 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim <b>Renda Mensal Atual</b> 1 <input type="checkbox"/> até \$ 545,00 2 <input type="checkbox"/> de \$546,00 a 1635,00 3 <input type="checkbox"/> de \$1636,00 a 3270,00 4 <input type="checkbox"/> de \$2710,00 a 5.545,00 5 <input type="checkbox"/> mais de \$5. 450,00 <b>Em que grau você é responsável pela manutenção de sua família/ dependentes em termos financeiros?</b> 1 <input type="checkbox"/> Único responsável 2 <input type="checkbox"/> Principal responsável mas recebe ajuda de outra pessoa 3 <input type="checkbox"/> Divide igualmente as responsabilidades com outra pessoa 4 <input type="checkbox"/> Contribui apenas com uma parte 5 <input type="checkbox"/> Não tem nenhuma responsabilidade financeira	<b>Qual o número aproximado de funcionários na empresa em que voce está afastado/</b> 1 <input type="checkbox"/> não trabalha em empresa 2 <input type="checkbox"/> de 1 a 9 funcionários 3 <input type="checkbox"/> de 10 a 50 funcionários 4 <input type="checkbox"/> de 51 a 99 funcionários 5 <input type="checkbox"/> de 100 a 249 funcionários 6 <input type="checkbox"/> de 250 a 499 funcionário 7 <input type="checkbox"/> acima de 500 funcionários  <b>Cargo/função na empresa em que você está afastado</b> _____ _____  <b>Qual era a jornada de trabalho semanal na empresa em que você trabalhava antes do afastamento?</b> 1 <input type="checkbox"/> 20 horas 2 <input type="checkbox"/> 40 horas 3 <input type="checkbox"/> mais de 40 horas	<b>Qual o diagnóstico que lhe levou ao afastamento do trabalho?</b> _____ _____ <b>Quanto tempo após o início dos sintomas da DORT voce procurou atendimento médico?</b> ----- ano(o) e ----- mês(es)  <b>Tempo de afastamento do trabalho atual:</b> -----ano(s) e ----- mês(es)  <b>Voce recebe benefícios do INSS?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não  <b>Quantidade de afastamentos por ordem médica:</b> Nº-----
--	--	--	--

## Caracterização clínica

1 Quais os diagnósticos médicos de DORT?
2 Possui alguma deformação física decorrente da DORT?
3 Quais outro problemas de saúde voce adquiriu devido à DORT?
4 Voce foi submetido a algum procedimento cirúrgico?
5 Quais os atuais tratamentos que realiza por conta da DORT?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS**

Esse questionário busca descrever aspectos gerais de sua vida e saúde, antes e após o surgimento e diagnóstico da DORT. Utilize a escala abaixo para avaliar esses aspectos antes (coluna ANTES) e depois (coluna DEPOIS) do surgimento da DORT.

1	2	3	4	5
Nada/nenhum	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Totalmente

**Antes do surgimento e diagnóstico da DORT**-----  
**Depois do surgimento e diagnóstico da DORT**-----

	ANTES	DEPOIS
1. Sentir dor aos movimento do di-a-dia (acordar, levantar-se, mudar de posição, caminhar, subir e descer escadas, etc..)		
2. Sentir dificuldade para movimentar do di-a-dia (acordar, levantar-se, mudar de posição, caminhar, subir e descer escadas, etc..)		
3. sentir-se irritado com frequência		
4. Interagir com as pessoas		
5. Interromper planos profissionais		
6. Interromper planos pessoais		
7. Ter apoio social dos amigos		
8. Ter medo de ser discriminado no dia-a-dia		
9. Sentir-se tenso(a) quando não consegue realizar alguma coisa		
10. Senti-se decepcionado consigo próprio		
11. Ter apoio d pessoas da minha igreja/religião		
12. Buscar força na espiritualidade		
13. Sentir-se cobrado (a) para conseguir realizar as atividades do dia-a-dia		
14. Ter dificuldade para prestar atenção		
15. Sentir fortes dores		
16. Sentir-se sem condições para o lazer e a diversão(festas, encontros,shows)		
17. Ter dificuldade de locomoção e/ou mobilidade		
18. Receber o apoio de parentes quando necessário		
19. Ter medo de perder o controle		
20. Sentir-se culpado(a) por não ter condições de ajudar em tarefas domésticas		
21. Sentir-se desanimado(a) com frequência		
22. Dependere de terceiros para realizar atividade cotidianas( pentear-se, banhar-se, pegar objetos, etc. )		
23. Perder a paciência com frequência		
24. Dependere de medicação para o alívio da dor		
25. Ter o apoio de grupos sociais ( grupo de apoio a DORT, igreja, etc.)		
26. Sentir dor em alguma parte do corpo		
27. Sentir-se frustrado(a) com frequência		
28. Encontrar apoio na religião		
29. Não ter garantia sobre os direitos e benefícios do trabalho		
30. Ter o sono e/ou repouso prejudicados		





**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS**

Esse questionário busca descrever aspectos gerais de sua vida e saúde, antes e após o surgimento e diagnóstico da DORT. Utilize a escala abaixo para avaliar esses aspectos antes (coluna ANTES) e depois (coluna DEPOIS) do surgimento da DORT.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nada/nenhum</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Totalmente</b>

**Antes do surgimento e diagnóstico da DORT**-----

**Depois do surgimento e diagnóstico da DORT**-----



	ANTES	DEPOIS
31 Esquecer frequentemente das coisas		
32 Ter amigos que auxiliam quando necessário		
33 Ter dores constantes		
34 Pensar em suicídio		
35 Ter dificuldade em levantar, segurar ou carregar objetos		
36 Sentir tristeza com frequência		
37 Sentir nervoso(a) com frequência		
38 Acreditar que não tem mais utilidade para a empresa ou o trabalho profissional		
39 Não sentir alívio de dores ao tomar remédio		
40 Ter dificuldade para arrumar-se, vestir-se ou alimentar-se sozinho(a)		
41 Não suportar a dor		
42 Sentir dor a qualquer atividade		
43 Sentir-se discriminado(a) pela família		
44 Passar por dificuldades financeiras		
45 Sentir-se incapaz de relaxar		
46 Precisar de ajuda para movimentar-se		
47 Ter vida sexual ativa		
48 Ter dificuldade em manusear objetos com precisão		
49 Dependendo de remédios para dormir		
50 Dependendo do auxílio financeiro dos outros		
51 Receber apoio social da família		
52 Sentir desânimo constantemente		
53 Não conseguir mais realizar atividades relacionadas ao seu trabalho		
54 Não conseguir cuidar de pessoas que dependem de mim		
55 Sentir dores todos os dias		
56 Sentir-se cansado(a) todo o tempo		
57 Ter medo de perder o emprego		
58 Não conseguir praticar atividades ou exercícios físicos		
59 Não ter dinheiro para pagar tratamentos médicos		
60 Ter dificuldade para realizar atividades domésticas (arrumar, lavar, passar, consertar etc.)		

**ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Título da Pesquisa:** Qualidade de Vida de Trabalhadores com Distúrbios Osteomusculares em Salvador

**Pesquisador:** Zelma miriam Barbosa Guimaraes

**Instituição Proponente:**

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

**Versão:**2**CAAE:** 205092612.4.0000.5531**Área Temática:****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Número do Parecer:** 186.555**Data da Relatoria:** 15/01/2013**DADOS DO PARECER****Apresentação do Projeto:**

O tema a ser investigado é relevante e pretende estudar o nível de qualidade de vida de pessoas portadoras de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho no Estado da Bahia antes e após a DORT. A pesquisa será realizada com trabalhadores afastados de suas atividades laborais de acordo com o Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007 e que foram diagnosticados como pertencentes ao Grupo XIII da CID- 10 pela perícia deste Serviço Médico. Os autores pretendem investigar 200 casos e analisar as características sócio-demográficas desses. Para a coleta de dados deverá ser utilizado a Escala de Qualidade de Vida para Portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (EQV-DORT). Ainda para o levantamento de dados, os autores utilizarão o survey com questionário estruturado. Os autores destacam as exigências estabelecidas pela Resolução 196/96 para o desenvolvimento de pesquisa em seres humanos, e a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a análise de dados os autores sugerem técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, para a obtenção de dados do perfil da amostra investigada, e das variáveis pessoais e profissionais associadas com a EQV-DORT. A análise deverá ser realizada com base nas frequências, médias e desvios-padrão de todas as variáveis pessoais e profissionais estudadas.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Investigar o nível de qualidade de vida de pessoas portadoras de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho no Estado da Bahia antes e após a DORT.

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar**Bairro:** canela **CEP:** 41.110-060**Telefone:** **Fax:** (71)3283-7615**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br**UF:** BA **Município:** SALVADOR



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Objetivo Secundário:** Investigar a percepção sobre a qualidade de vida antes e após o distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho; Realizar um cruzamento entre as características pessoais e profissionais (sócio-demográficas) para a identificação de variáveis preditoras de qualidade de vida; Realizar uma caracterização sócio-demográfica da amostra investigada.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No que se refere aos riscos, nesta versão, os autores descrevem que toda pesquisa existe risco, porém será mantido o sigilo do banco de dados, para garantir o anonimato dos participantes todas as análises serão realizadas no NIM, para manter o anonimato dos participantes. Quanto aos benefícios destacam que a avaliação da qualidade de vida em um público de grande relevância social e econômica, pode oferecer segurança para que as organizações possam desenvolver programas e monitoramento de qualidade de vida, e ainda, contribuir com o conhecimento teórico para o desenvolvimento das definições constitutivas e operacionais sobre o tema

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Foram apresentados os documentos necessários à submissão da pesquisa ao CEP.

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

Os termos de apresentação obrigatória foram contemplados

**Recomendações:**

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

Não se aplica.

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

Nesta segunda versão os autores descrevem os riscos da pesquisa conforme recomendação deste Comitê de Ética.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Plenário homologa o Parecer de Aprovação emitido pelo relator.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

SALVADOR, 17 de Janeiro de 2013

**Assinador por:**

**DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA**  
(Coordenador)

E-mail: [cepee.ufba@ufba.br](mailto:cepee.ufba@ufba.br)  
Bairro: canela CEP: 41.110-060

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
Telefone: Fax: (71)3283-7615 UF: BA

Município: SALVADOR