

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (MESTRADO  
PROFISSIONAL)**

**STEPHANE CATHARINE ZAVADIL**

**COMPREENSÃO DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS PRESENTES NO PROCESSO  
SAÚDE-DOENÇA NOS TRABALHADORES COM LER/DORT**

**CRICIÚMA - SC**

**2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Z39c Zavadil, Stephane Catharine.  
Compreensão dos aspectos psicossociais  
presentes no processo saúde-doença nos  
trabalhadores com LER/DORT / Stephane Catharine  
Zavadil. - 2020.

84 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do  
Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2020.

Orientação: Willians Cassiano Longen.

1. Saúde do trabalhador. 2. Lesões por  
esforços repetitivos. 3. Transtornos traumáticos  
cumulativos. 4. Saúde pública. 5. Impacto  
psicossocial. I. Título.

CDD. 22. ed. 613.62

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

### **Folha Informativa**

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado em cenário de práticas em um núcleo de reabilitação par trabalhadores com LER/DORT.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, aos meus pais e familiares quem são os pilares da minha vida e que me deram força para iniciar na luta por uma saúde pública digna às pessoas que por mim passaram. Agradeço aos meus amigos que me deram apoio durante esses dois anos de imersão na saúde coletiva. Finalmente, quero deixar o meu agradecimento ao coordenador e toda a equipe do Núcleo de Promoção e Atenção Clínica à Saúde do Trabalhador (NUPAC-ST) pelo imenso suporte prestado durante todo o processo dessa pesquisa.

## RESUMO

As Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (LER/DORT) são morbidades que comumente acometem os trabalhadores. Essas se desenvolvem por uma série de fatores, como, atividades de forma forçada, bem como fatores psicossociais, ou seja, os aspectos do contexto em que o sujeito está inserido que influenciam em sua saúde mental e em sua qualidade de vida. Assim, o estudo teve como objetivo analisar os aspectos psicossociais no processo saúde-doença em trabalhadores com LER/DORT atendidos em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina visando a melhor compreensão dos mesmos. Foram pesquisados 56 trabalhadores e foi realizado mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), nº do parecer: 2.923.824. A coleta de dados se deu a partir do Questionário de Hábitos Relacionado ao Trabalho (QHT), a aplicação da Escala EADS 21 e de uma entrevista semiestruturada, estratégias estas que forneceram dados sobre os aspectos psicossociais envolvidos nos trabalhadores pesquisados. Os dados quantitativos foram analisados com o auxílio do Software SPSS, enquanto dados qualitativos foram com o programa IRAMUTEQ. Foi estabelecida uma sub amostra definida através de sorteio que firmou um n de 19, respeitando a saturação de dados. Os resultados permitiram constatar que os trabalhadores em processo de reabilitação por LER/DORT entrevistados são em sua maioria do sexo feminino (56,1%), prevalência da raça branca (92,9%) e com grau de escolaridade de ensino médio completo, correspondendo a 33,9%. Dos participantes, 33,9% possuem ensino médio completo e 46,4% têm uma renda familiar de 2 a 4 salários mínimos. As profissões predominantes foram serviços gerais (26,8%) e assistente administrativo (25%). Dos aspectos psicossociais, foi possível identificar que Entre os 19 sujeitos analisados qualitativamente, a reabilitação surge quando a morbidade já está instaurada, em condição de cronicidade, sendo que o tratamento parece só ser iniciado quando a dor alcança estado crônico. O processo de saúde doença está associado ao trabalho e representados pelo momento em que a dor afetou suas condições de trabalho. Os dados apontam para uma inexistência a ações preventivas à saúde do trabalhador, visto que estes se afastam do trabalho quando já estão numa condição aguda de dor. Nesse sentido, percebe-se ainda a dificuldade de ações preventivas voltadas à saúde do trabalhador.

**Palavras Chave:** LER-DORT, Saúde do Trabalhador, Saúde Pública, Impacto Psicossocial, Psicologia.

## ABSTRACT

Repetitive Strain Injuries / Work-Related Musculoskeletal Disorder (RSI / WRMSD) are morbidities that commonly affect workers. These develop through a series of factors, such as forced activities, as well as psychosocial factors, that is, aspects of the context in which the subject is inserted that influence his mental health and quality of life. Thus, the study aimed to analyze the psychosocial aspects in the health-disease process in workers with RSI / WRMS treated at a promotion and rehabilitation center in a municipality in the south of Santa Catarina aiming at a better understanding of them. 56 workers were surveyed and carried out with the approval of the Ethics and Research Committee (CEP), opinion number: 2,923,824. Data collection was based on the Work-Related Habits Questionnaire (QHT), the application of the EADS Scale 21 and a semi-structured interview, strategies that provided data on the psychosocial aspects involved in the workers surveyed. Quantitative data were analyzed using the SPSS software, while qualitative data were analyzed using the IRAMUTEQ program. A defined sub-sample was established through a drawing that established a number of 19, respecting data saturation. The results showed that the workers in the rehabilitation process due to RSI / WRMS interviewed are mostly female (56.1%), white (92.9%) and have completed high school education, corresponding to 33.9%. Of the participants, 33.9% have completed high school and 46.4% have a family income of 2 to 4 minimum wages. The predominant professions were general services (26.8%) and administrative assistant (25%). From the psychosocial aspects, it was possible to identify that Among the 19 subjects analyzed qualitatively, rehabilitation arises when the morbidity is already established, in a chronic condition, and the treatment seems to only start when the pain reaches a chronic state. The disease health process is associated with work and represented by the moment when pain affected their working conditions. The data point to a lack of preventive actions for workers' health, since they leave work when they are already in an acute condition of pain. In this sense, the difficulty of preventive actions related to workers' health is also perceived.

**Keywords:** Cumulative Trauma Disorders, Occupational Health, Public Health, Psychosocial Impact, Psychology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Dendrograma do Corpus “Saúde-doença”.....	47
Figura 2 - Nuvem de Palavras referente ao Corpus “Saúde-doença”.....	57
Figura 3 - Árvore oriunda da análise de similitude do Corpus “Saúde-doença”.....	59

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos. ....	25
Tabela 2 – Distribuição da jornada de trabalho. ....	27
Tabela 3 - Distribuição dos dados acerca de riscos no trabalho .....	28
Tabela 4 - Dados dos dados envolvendo riscos ergonômicos .....	29
Tabela 5 - Distribuição dos dados de organização e relações de trabalho envolvendo fatores psicossociais. ....	30
Tabela 6 – Distribuição dos dados de afastamento de trabalho e respectivas causas.....	32
Tabela 7 - Distribuição de sintomas de doenças cardiovasculares .....	34
Tabela 8 - Distribuição de dados envolvendo fatores de risco para doenças cardíacas .....	35
Tabela 9 - Distribuição dos dados envolvendo trabalhadores conforme a LER/DORT .....	36
Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores conforme a localização da dor crônica .....	37
Tabela 11 – Distribuição sobre dores osteomusculares relacionadas às questões laborais e aspectos psicossociais do trabalho.....	38
Tabela 12 – Distribuição envolvendo a Escala EADS-21 .....	39
Tabela 13 - Cruzamento de dados de escolaridade com riscos ergonômicos.....	41
Tabela 14 - Cruzamento de dados de afastamento do trabalho com dados da escala EADS-21 .....	42
Tabela 15 - Cruzamento de dados de movimentos repetitivos com dados da EADS-21 .....	43
Tabela 16 - Caracterização dos participantes da análise qualitativa .....	45



## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

CID – Classificação Nacional de Doenças

DORT – Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho

ICT – Índice De Capacidade Para o Trabalho

LABIOMECC – Laboratório De Biomecânica Da UNESC

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MDC – Modelo Bidimensional de Demanda-Controle (Demand-Control Model).

NEPST – Núcleo De Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador

NUPAC-ST – Núcleo de Promoção e Atenção Clínica à Saúde do Trabalhador

QHT – Questionário de Hábitos Relacionados ao Trabalho

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCE – Unidade de Contextos Elementares

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES</b> .....	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	18
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
<b>5</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>19</b>
5.1	DESENHO DO ESTUDO .....	19
5.2	VARIÁVEIS.....	19
<b>5.2.1</b>	<b>Dependentes</b> .....	<b>19</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Independentes</b> .....	<b>19</b>
5.3	LOCAL DO ESTUDO .....	19
5.4	AMOSTRA.....	19
<b>5.4.1</b>	<b>CrITÉrios de inclusão</b> .....	<b>20</b>
<b>5.4.2</b>	<b>CrITÉrios de exclusão</b> .....	<b>20</b>
5.5	POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	20
5.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	20
5.7	PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA .....	21
5.8	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	22
5.9	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	22
5.10	CONSIDERAÇÕES TICAS .....	23
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES DO ESTUDO QUANTITATIVO</b> .....	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA</b> .....	<b>45</b>
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA ENTREVISTA.....	45
7.2	ANÁLISE DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	46
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>66</b>
	<b>ANEXO A – CARTA DE ACEITE</b> .....	<b>73</b>
	<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS RELACIONADOS AO TRABALHO (QHT)</b> .....	<b>75</b>
	<b>ANEXO C - ESCALA EADS 21</b> .....	<b>78</b>
	<b>ANEXO D – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA</b> .....	<b>79</b>

<b>ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNESC (CEP) .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho está dentre as atividades que possui lugar central na vida de muitas pessoas. Esta função exercida no cotidiano trás consigo uma ambiguidade, pois ao mesmo tempo em que o trabalho tenha grande importância para o sujeito, em sua constituição ontológica, este também exerce alta influência no desenvolvimento do adoecimento físico e mental nos trabalhadores (BROTTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012).

Um dos motivos de o trabalho estar dentre as atividades que o ser humano mais ocupa no seu cotidiano é o fato de que este possui significados que vão além do corpo, da remuneração, dos espaços e condições laborais. “É com o trabalho que o homem cria, produz obras, e ao fazê-lo desenvolve e concretiza a sua humanidade. O trabalho é, portanto, um fator de expansão do ser e não só de conservação. Trabalho é criação.” (DIAS, 2007, p. 39). Os significados expandem-se para os projetos de vida e à qualidade de vida que ele tem ou não tem (DIAS, 2007).

São diversos os ramos de trabalho em que as pessoas são expostas diariamente a diferentes fatores de origem ergonômica em sua rotina ocupacional (KUNDA; FRANTZ; KARACHI, 2013). Essa exposição laboral geralmente está diretamente ou até mesmo indiretamente relacionada a distúrbios físicos e psicossociais, repercutindo assim na vida pessoal, profissional e social dos trabalhadores (COCCO, 2017).

O surgimento do termo “Lesões por Esforços Repetitivos (LER)” aconteceu em 1950 no Japão por conta dos trabalhadores que tinham como função perfurar cartões. Logo depois, aconteceu em 1970 na Austrália por trabalhadores que passavam um bom tempo atuando com sobrecarga estática (MAENO, 2001).

O acrônimo LER, no Brasil, começou a ganhar força a partir de 1980, pelo reconhecimento do caráter ocupacional dos distúrbios (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017). No Brasil, começou-se a observar um grande número de trabalhadores bancários com tendinites pelo fato de estarem sempre na função da digitação. A partir daí os médicos começaram a investigar o motivo do alto número de bancários doentes e concluíram que existia um grau muito pesado de metas e que estas geravam influenciavam na saúde física e mental desses trabalhadores (MAENO, 2001).

Nesse sentido, foi no ano de 1990 que a LER passou a ser caracterizada como uma doença relacionada ao trabalho. Em seguida, em 1998, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) mudou o termo LER para Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) (SIQUEIRA; COUTO, 2000).

O DORT foi considerado um termo mais abrangente, pois os sintomas podem surgir associados a um esforço ou trauma, e não exclusivamente ao gesto repetitivo como sugere o acrônimo LER. É importante lembrar também que fatores ambientais e tarefas que exigem repetição e posturas estereotipadas são riscos reconhecidos (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017). Assim, mais tarde, no Brasil, não se conseguiu no cotidiano no mundo do trabalho abandonar plenamente a sigla antiga LER e a expressão DORT ainda era pouco conhecida e especialmente no âmbito acadêmico e técnico científico entendeu-se que os termos poderiam ser usados por uma espécie de convenção para tornar bastante claro do que se trata, frequentemente é nominada em artigos científicos, livros e eventos como LER/DORT.

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho compreendem num conjunto de patologias musculoesqueléticas que são desenvolvidas a partir do trabalho formal ou informal. Esses distúrbios dizem respeito ainda a uma gama de condições decorrentes da inflamação ou degeneração de tendões, nervos, ligamentos, músculos e estruturas periarticulares em membros superiores e pescoço (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017).

Nesse sentido, as LER/DORT, considerados sinônimos pelo Ministério da Saúde, são um exemplo de adoecimento devido ao trabalho. A preocupação excessiva com a produtividade e o alcance de metas tem negligenciado as necessidades do trabalhador, bem como, os seus limites físicos e psicossociais (BRASIL, 2012).

Diferente da abordagem mecanicista, a psicossociologia não visualiza a LER/DORT como uma simples doença ergonômica entre o sujeito e os seus instrumentos de trabalho. Assim, a psicossociologia procura investigar a rotina dos trabalhadores, nos diversos contextos em que este se encontra inserido. Estuda além das condições de trabalho, pois afirma que a dor presente em cada pessoa com LER/DORT, tem origem nas relações entre a vida profissional e a vida pessoal do sujeito, bem como, nos aspectos financeiros, planos para o futuro profissional e pessoal (SANTOS, 2003).

O sujeito tem uma percepção de si mesmo como sendo parte de uma grande rede que se refere à sua posição social enquanto trabalhador e cidadão. Ou seja,

(...) Enquanto trabalhador, cada indivíduo se empenha, consciente ou inconscientemente, em apaziguar os conflitos entre a sua imagem “narcísica” e os atributos sociais positivos ou negativos de sua identidade profissional. É dessa forma que cada atitude sua, cada tarefa executada, se incorporam num universo conflitante, onde as utopias e a realidade se debatem continuamente (DEJOURS, 1993 apud SANTOS, 2003, p. 111).

Nesse sentido, o fenômeno do sofrimento dos conflitos do sujeito em seu meio social e profissional não pode ser limitado a uma compreensão apenas no que se diz respeito ao mal-estar em virtude das LER/DORT. Isto porque muitas vezes o incômodo da dor atinge não

só o universo biológico do sujeito, mas também o universo simbólico em que este se encontra inserido. Assim, torna-se difícil para o trabalhador dar um nome para o que está sentindo, justamente pelo fato de ir muito além de uma dor física (SANTOS, 2003).

Nesta linha de pensamento, as LER/DORT pode ser analisada como sendo um conjunto de interações que acontecem entre o sujeito e o contexto em que ele está inserido, assim como condições físicas, psíquicas, econômicas e demais aspectos que são predisponentes em virtude da sua exposição ao contexto social. Por isso é importante que o profissional compreenda não somente os aspectos físicos e biomecânicos das LER/DORT, mas também as condições que este sujeito se encontra. Essas condições dizem respeito a sua vida pessoal e profissional. Ou seja, é importante que o profissional saiba onde esse sujeito mora, com quem ele mora e qual é a sua rotina. É essencial entender também quais são os fatores de riscos aos quais o paciente tende a se expor durante as atividades de trabalho para que seja possível adotar métodos preventivos e/ou curativos (SANTOS, 2003).

Ainda, é importante frisar que as LER/DORT não acomete somente trabalhadores industriais, bancários, costureiros, entre outros. Esta ocorre também em trabalhadores informais e até em donas e donos de casa. Ou seja, o sujeito que desenvolve LER/DORT não necessariamente estará inserido num contexto organizacional tradicional (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017).

As LER/DORT estão dentre as doenças ocupacionais que são consideradas um grande problema de saúde pública. São diversos os fatores que fazem com que um trabalhador desenvolva esta doença, como: a organização (ou desorganização) do trabalho, os fatores ambientais, as sobrecargas das tarefas desenvolvidas que, além de possuírem um peso excessivo, são muitas vezes realizadas repetidas vezes e com posturas forçadas que representam aspectos biomecânicos e os fatores psicossociais (MARAGNO et al., 2010).

O agravamento das LER/DORT pode causar severas consequências na saúde mental do trabalhador, sendo esta uma via de mão dupla. Nesse sentido, o trabalhador passa a ter de enfrentar a discriminação e a tristeza decorrentes deste distúrbio, ameaçando ainda mais a identidade do trabalhador, podendo gerar humilhação, frustração, raiva, sofrimento, sentimento de culpa, dentre outros problemas psicológicos (GHISLENI; MERLO, 2005).

A depressão é um fator de risco independente para um conjunto de distúrbios musculoesqueléticos. Nesse sentido, os eventos estressantes somados a dor das LER/DORT pode contribuir para precipitar quadros depressivos. Além disso, deve ser levada em consideração a questão multifatorial e psicossocial no processo dos distúrbios musculoesqueléticos e das comorbidades psiquiátricas tanto no desencadeamento quanto no

agravamento da dor musculoesquelética crônica, que é o principal sintoma de DORT (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017).

As demandas psicossociais e físicas resultantes do trabalho que tem relação com distúrbios musculoesqueléticos (RANASINGHE et al., 2011). De acordo com os dados coletados do Ministério da Previdência Social (MPS), nos 12 anos que passaram entre o período de 2000 a 2011, doenças relacionadas a fatores de riscos ergonômicos e sobrecarga mental (20,76%) têm ultrapassado dos traumáticos (19,43%) no que se diz respeito aos afastamentos por doenças do trabalho (MPS, 2014). No ano de 2017 o mesmo órgão nos seus relatórios denotou que a lombalgia ultrapassou o número de casos de acidentes típicos e diretos (MPS, 2018).

Para que seja possível compreender o fenômeno das LER/DORT, faz-se necessário discutir sobre as dimensões psicossociais no contexto laboral a partir do modelo bidimensional de demanda-controle (MDC - Demand-Control Model). Trata-se de um modelo que analisa o desenvolvimento de distúrbios musculoesqueléticos englobando uma série de desgastes no trabalho, sejam eles psicológicos e físicos (MARAGNO et al., 2010).

No modelo bidimensional de demanda-controle pode-se distinguir quatro situações no trabalho, desenvolvidos pela interação dos níveis de demanda psicológica e de controle no trabalho, como: alta exigência (alta demanda e baixo controle), baixa exigência (baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e trabalho ativo (alta demanda e alto controle). Dos quatro tipos de experiências citados anteriormente, o trabalho em alta exigência é o que apresenta maior propensão para adoecimento físico e psicológico (MARAGNO et al., 2010).

É importante compreender o funcionamento da saúde dos trabalhadores para que seja possível identificar possíveis associações dos riscos ergonômicos com os aspectos psicossociais a que podem estar expostos durante sua vida pessoal e profissional (COCCO, 2017).

## 2 JUSTIFICATIVA

Os complexos fatores inseridos no contexto sistêmico do que representa o trabalhar podem desencadear LER/DORT, que são morbidades que sempre fizeram parte dos eventos da sociedade, flutuando entre momentos de supernotificação e subnotificação. Apesar de representar desvios à normalidade, com potencialidade incapacitante, na maioria das vezes não são objeto de atenção por ações e iniciativas de prevenção. As doenças geradas em virtude de uma vida ocupacional exposta a riscos podem gerar perdas funcionais psicofisiológicas para os indivíduos e coletividades, de produtividade nas empresas, além de serem inegáveis as relações de causa e efeito relacionadas à saúde mental do sujeito adoecido por um complexo distúrbio multifatorial.

Nesse sentido, é de extrema importância compreender os aspectos psicossociais envolvidos no processo saúde-doença em trabalhadores com LER/DORT na expectativa de desvendar fatores que podem interferir na vida pessoal, social e profissional do indivíduo. Assim, o tema é de interesse não só do trabalhador que desenvolve LER/DORT, mas também de gestores, familiares e profissionais da área da saúde, como fisioterapeutas, enfermeiros, médicos e psicólogos, além de ser um tema de extrema importância no contexto de saúde coletiva.

Nesta linha de pensamento, como analisar os aspectos psicossociais no processo saúde-doença em trabalhadores com LER/DORT? Na tentativa de buscar respostas, foi realizada uma pesquisa com trabalhadores que são atendidos em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina. Este estudo teve um N de 56 sujeitos. A coleta de dados se deu a partir de um questionário de hábitos relacionados ao trabalho, seguido de um instrumento que servirão de apoio para coletar informações acerca dos aspectos psicossociais que envolvem a vida do sujeito pesquisado. Dos dados coletados desses 56 sujeitos, 19 deles foram analisados qualitativamente.

O Núcleo de Promoção e Atenção Clínica à Saúde do Trabalhador - local onde ocorrerá a pesquisa – é um espaço multiprofissional cujo objetivo é reabilitar trabalhadores com LER/DORT para o mercado de trabalho. É um serviço que possui parceria com o Ministério Público do Trabalho e possui sete áreas da saúde com foco na promoção e reabilitação do sujeito: enfermagem, fisioterapia, psicologia, medicina, farmácia, nutrição e serviço social.



### **3 HIPÓTESES**

Acredita-se que a partir dos resultados desta pesquisa, foi possível encontrar grande incidência efeitos psíquicos relacionados às LER/DORT nos trabalhadores atendidos em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina.

Levando em consideração o conjunto de fenômenos presentes nos contextos em que os trabalhadores estão inseridos, cogita-se a hipótese de que foi possível identificar os aspectos psicossociais envolvidos em trabalhadores com LER/DORT a partir de um conjunto de instrumentos selecionados para a pesquisa.

Tem-se a hipótese ainda de que foi possível oferecer propostas de intervenções para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores com LER/DORT, levando em consideração os resultados obtidos.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os aspectos psicossociais no processo saúde-doença em trabalhadores com LER/DORT atendidos em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Levantar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores;
- Analisar quais são os aspectos psicossociais envolvidos em trabalhadores com LER/DORT atendidos no em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina;
- Identificar as principais características psicológicas de aspectos envolvidos comumente nas LER/DORT;
- Oferecer propostas de intervenções para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores com LER/DORT, levando em consideração os resultados obtidos.

## **5 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **5.1 DESENHO DO ESTUDO**

O presente estudo caracteriza-se como quantitativo e qualitativo, exploratório e descritivo, envolvendo a obtenção de dados resultantes da aplicação de duas ferramentas em trabalhadores com LER/DORT e que são atendidos em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina. As ferramentas que foram utilizadas correspondem ao Questionário de Hábitos Relacionado ao Trabalho (QHT), a aplicação de uma entrevista semiestruturada e a aplicação da Escala EADS 21 que trouxeram dados sobre os aspectos psicossociais envolvidos nos trabalhadores pesquisados. A pesquisa foi realizada mediante aceitação do Comitê de Ética e Pesquisa da UNESC (CEP), nº do parecer: 2.923.824.

### **5.2 VARIÁVEIS**

#### **5.2.1 Dependentes**

Saúde do trabalhador, aspectos psicossociais envolvidos, depressão, qualidade de vida e que tenham desenvolvido LER/DORT.

#### **5.2.2 Independentes**

Idade, sexo, tempo de profissão, turno de trabalho e função que exerce.

### **5.3 LOCAL DO ESTUDO**

A pesquisa foi realizada no Núcleo de Promoção e Atenção Clínica à Saúde do Trabalhador – NUPAC-ST.

### **5.4 AMOSTRA**

A amostra foi composta por trabalhadores que são atendidos devido a LER/DORT em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina. Fizeram

parte da pesquisa os trabalhadores que se enquadram em qualquer categoria ocupacional, formal ou informal. A amostra teve um N de 56 sujeitos pesquisados, que representa uma estimativa de trabalhadores com dados dos critérios para o período de novembro de 2018 a março de 2019.

Os dados qualitativos foram analisados com o auxílio do programa IRAMUTEQ. Foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente que agrupa palavras que apresentem contextos semânticos semelhantes e também análise de similitude que avalia a coocorrência entre as palavras. Foi definida uma sub amostra definida através de sorteio o qual foi um N de 19, respeitando a saturação de dados. Essa sub amostra permitiu analisar qualitativamente os dados obtidos. A sub amostra de 19 participantes para a análise qualitativa foi filtrada a partir dos 56 participantes do estudo.

#### **5.4.1 Critérios de inclusão**

- Trabalhadores de ambos os sexos que sejam atendidos em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina;
- Trabalhadores com LER/DORT;
- Trabalhadores de qualquer categoria ocupacional, formais ou informais.

#### **5.4.2 Critérios de exclusão**

- Trabalhadores que não sejam atendidos em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina.

### **5.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO**

A população foi composta por trabalhadores de qualquer categoria ocupacional (formal ou informal), que tenham desenvolvido LER/DORT, sejam eles de qualquer nível de escolaridade, idade, sexo, tempo de profissão, turno de trabalho e função que exerce.

### **5.6 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados da entrevista foram agrupados em um único corpus e as variáveis descritivas foram adotadas nas linhas de comando de modo que seja possível identificar quais delas se associam à quais discursos. Os dados foram analisados com o auxílio do programa IRAMUTEQ. Foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente que agrupa palavras que apresentem contextos semânticos semelhantes e também análise de similitude que avalia a coocorrência entre as palavras.

A análise de similitude é baseada na teoria dos grafos e permite ao pesquisador identificar as coocorrências entre as palavras ditas pelos pesquisados. Seu resultado possibilita analisar as indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual, além de diferenciar as partes comuns e as partes específicas em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) foi proposto por Reinert (1990) e foi utilizado pelo software ALCESTE. Este é capaz de classificar os fazer com que conjunto dos vocabulários seja separado com base na frequência das palavras já lematizadas. Esta análise tem o objetivo de adquirir classes de Unidades de Contextos Elementares (UCE) capaz de apresentar as diferenças e semelhanças dos vocabulários. Assim, o CHD é capaz de analisar as classes lexicais, caracterizados por um vocabulário específico e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Foi realizada estatística descritiva e relacional a partir do crivo previsto para os instrumentos QHT, entrevista semiestruturada e Teste EADS 21.

## 5.7 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob o número do parecer: 2.923.824 (anexo E), a pesquisa se iniciou com a preparação das entrevistas que foram realizadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

As aplicações da entrevista e dos instrumentos de pesquisa foram feitas em um único encontro, de aproximadamente uma hora e meia cada aplicação, em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina.

As entrevistas e os instrumentos devidamente realizados foram armazenados na sala física em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina, em um armário seguro com chave e com acesso apenas aos participantes e autores da pesquisa. Por final, os dados foram analisados e discutidos pelos autores deste estudo.

## 5.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como dito anteriormente, as ferramentas que foram utilizadas correspondem aos seguintes instrumentos:

- Roteiro de entrevista semiestruturada: Anexo D: - anamnese, história da adolescência, trajetória laboral, história da dor, significado da dor para o sistema familiar;
- Questionário de Hábitos Relacionado ao Trabalho (QHT) – Anexo B: de Fabiana Oliveira Chaise, Ana Paula Kasten, Tássia Silveira Furlanetto, Jorge Pasa e Claudia Tarragô Candotti, publicado e validado em 2006. A aplicação do QHT acontece em quatro fases: a primeira é a de observação de campo e revisão teórica sobre os hábitos de vida no trabalho relacionados aos profissionais que atuam na área da saúde; a segunda fase é a descrição de conteúdo do QHT; a terceira fase é a validade de conteúdo do QHT; finalmente, a quarta fase compreende na avaliação da reprodutibilidade do QHT (CHAISE et al., 2006).
- Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS 21) – Anexo C: Estas escalas assumem que as diferenças na depressão, ansiedade e stress experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau. Neste sentido, a versão de 21 itens é útil em psicologia da saúde no sentido em que as medidas reduzidas são preferíveis às mais longas (antigamente usada as escalas de 41 itens) para evitar uma sobrecarga ao sujeito avaliado (RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2004).

## 5.9 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa apresenta pequenos riscos no que diz respeito aos aspectos relacionados ao conteúdo de informações a serem levantadas. Esta possibilidade de risco, embora muito remota, apresenta uma chance muito baixa de intercorrência. Todas as medidas necessárias para suprimir ainda mais tais possibilidades serão adotadas, a exemplo da padronização metodologicamente estabelecida na literatura estudada.

O estudo apresenta também o risco de o pesquisando sentir-se desconfortável inicialmente em responder as perguntas da entrevista, visto que compreenderá em questões de sua vida pessoal e profissional. Dessa forma, é necessário que o pesquisador ofereça um ambiente acolhedor e que respeite os limites do trabalhador entrevistado.

Em contra partida, apresenta o benefício de oferecer propostas de intervenções para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores com LER/DORT com base nos resultados obtidos.

Assim, com relação aos benefícios da pesquisa, esta busca identificar aspectos do contexto de vida e trabalho e aspectos psicossociais envolvidos na vida dos trabalhadores pesquisados, possibilitando gerar nortes para ações que visem minimizar essas alterações. Os achados deste estudo poderão apresentar possibilidade de generalização de seus achados para outras populações trabalhadoras.

#### 5.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Do Extremo Sul Catarinense. O orientador da pesquisa disponibilizou o espaço do seu Núcleo para a realização da pesquisa. Nesse sentido, tornou-se necessário a assinatura da carta de aceite (Anexo A) do mesmo. Vale ressaltar ainda que só participaram da pesquisa os trabalhadores que aceitaram os termos propostos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÕES DO ESTUDO QUANTITATIVO**

A Tabela 1 a seguir mostra os dados sociodemográficos dos sujeitos entrevistados. Foram entrevistados no total 56 trabalhadores que desenvolveram LER/DORT e que estavam, até o momento da entrevista, sendo atendidos em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina. As entrevistas foram realizadas de novembro de 2018 até março de 2019.

É importante frisar que ao longo das distribuições dos dados do estudo quantitativo a amostra terá uma apresentação de 55 participantes e não de 56 porque um dos participantes já estava aposentado e por esse motivo não respondeu a algumas perguntas do questionário.



Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos

	Média ± DP, n (%) n = 56
Idade	44,63 ± 10,95
Peso	77,64 ± 16,47
Sexo	
Feminino	32 (56,1)
Masculino	24 (42,9)
Raça	
Branca	52 (92,9)
Parda	3 (5,4)
Preta	1 (1,8)
Renda Familiar (salário mínimo)	
De 2 a 4	26 (46,4)
De 4 a 10	15 (26,8)
De 1 a 2	12 (21,4)
Até 1	2 (3,6)
De 10 a 20	1 (1,8)
Escolaridade	
Ensino Médio Completo	19 (33,9)
Ensino Médio Incompleto	10 (17,9)
Ensino Superior Incompleto	9 (16,1)
Ensino Fundamental Completo	6 (10,7)
Pós Graduação Completa	6 (10,7)
Ensino Superior Completo	3 (5,4)
Ensino Médio Incompleto	2 (3,6)
Pós Graduação em Andamento	1 (1,8)
Ocupação Atual	
Serviços Gerais	15 (26,8)
Administração	14 (25,0)
Educação	7 (12,5)
Metal mecânico	5 (8,9)
Saúde	4 (7,1)
Alimentação	3 (5,4)
Têxtil	3 (5,4)
Construção Civil	2 (3,6)
Agricultor	2 (3,6)
Química	1 (1,8)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

De acordo com os dados sociodemográficos encontrados na Tabela 1, chamou a atenção para a prevalência de mulheres, compreendendo em 56,1% dos sujeitos pesquisados,

em idades entre  $44,63 \pm 10,95$ ; escolaridade. A escolaridade predominante entre os trabalhadores pesquisados foi ensino médio completo, correspondendo a 33,9%. Em maior percentual, referiram ser de cor/raça branca (92,9%).

Do mesmo modo, outro estudo avaliou a prevalência e os fatores associados à ocorrência de dor musculoesquelética em 159 trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza. As principais características sociodemográficas dos trabalhadores do SHL são: predominantemente do sexo feminino (87,9%), na faixa etária entre 45 e 60 anos (35,7%), com idade média de 39,9 anos ( $\pm 9,78$ ), com escolaridade de ensino médio (completo e incompleto) (54,8%). Em maior percentual, referiram ser de cor/raça branca (63,7%), casados (64,3%) (LUZ, et al., 2017).

Outro estudo que investigou dados sociodemográficos de trabalhadores em 1.007 prontuários acompanhados pelo CEREST (em Piracicaba-SP, entre 1997 e 2007), verificou-se que a LER/DORT foi predominante em mulheres, ainda em idade produtiva, com baixo grau de instrução e baixos salários (NEGRI et al., 2014).

Faz-se necessário ainda fazer uma ressalva sobre a exposição histórico cultural de riscos que as mulheres comumente são colocadas em ambiente laboral. Uma pesquisa realizada em 2016 a fim de identificar a prevalência e a distribuição de casos de distúrbios da coluna vertebral autorreferidos por pessoas com 18 anos de idade ou mais, residentes no Brasil de acordo com variáveis sociodemográficas mostrou que 19% da população com 18 anos ou mais refere dor crônica na coluna vertebral. Deste montante 15,26% são homens e 20,08 são mulheres, com diferença significativa entre os sexos (SANTOS et al., 2017).

Ainda, de acordo com a pesquisa supracitada podemos afirmar que em relação ao sexo as mulheres foram as que mais relataram problemas na coluna vertebral concordando com os achados de outros estudos. Este fato pode ser atribuído a um somatório de fatores, dentre eles a exposição de risco no ambiente de trabalho (SANTOS et al., 2017).

O trabalho doméstico, além de ser uma extensão da jornada de trabalho, contribui significativamente para a fadiga e exaustão física que ocorre comumente com a mulher. Trata-se de uma atividade que não tem descanso semanal, nem férias remuneradas. Some-se a isso o fato de ser uma atividade desvalorizada socialmente, e que, muitas vezes, não consegue elevar a autoestima da trabalhadora (SANTOS, et al., 2017).

Outro fator contributivo para a maior predisposição das mulheres para o desenvolvimento de DORT, em função dos aspectos hormonais envolvidos, da maior fragilidade da estrutura musculoesquelética, da exaustiva jornada de demandas profissionais,

peçoais e sociais e especialmente por estarem nos postos de trabalho de risco (LONGEN, 2003).

A Tabela 2 mostra a carga horária semanal em horas, as horas extras realizadas no último mês e os turnos trabalhados dos sujeitos entrevistados.

Tabela 2 – Distribuição da jornada de trabalho

	Média ± DP, n(%) n = 55
Carga Horária Semanal (horas)	40,43 ± 8,66
Horas Extras no último mês (n=56)	
Realizadas	23 (41,1)
Não realizadas	33 (58,9)
Turnos (n=56)	
Manhã	37 (66,1)
Tarde	43 (76,8)
Noite	17 (30,7)
Intercalado	5 (8,9)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

A partir da Tabela 2 foi possível identificar que a maioria dos sujeitos trabalha em período matutino e vespertino, sendo, respectivamente, 66,1% e 76,8%.

Identifica-se que 41,1% dos participantes responderam que realizaram horas extras no último mês. Com base nisso, compara-se os dados obtidos numa pesquisa realizada com 12 enfermeiros em um hospital de Fortaleza, todos com mais de um emprego. Tal pesquisa teve como objetivo identificar os fatores decorrentes da jornada de trabalho. Os dados foram coletados por meio de um questionário, com perguntas abertas, respondidas sem a presença das pesquisadoras, no período de fevereiro a março de 2005. Com base nos resultados encontrados, viu-se que, normalmente entre estes profissionais, em virtude da sobrecarga de trabalho acabam não tendo tempo suficiente para descansar, refletir, organizar e aprender. Isto, para muitos enfermeiros, acaba causando desgaste físico e emocional, afetando assim na sua condição de saúde física e mental (SILVA et al., 2006).

Ainda com relação à jornada de trabalho, pode-se pensar nos efeitos psíquicos que podem ser causados pelo excesso de hora extra laboral. Outra pesquisa que teve como objetivo investigar a presença e o nível de estresse emocional, os sintomas físicos e psicológicos, a intensidade do estresse em 33 enfermeiros que fazem dupla jornada de trabalho comparados aos que não fazem, num hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Dos 33 enfermeiros, 24

trabalhavam em regime de dupla jornada e 9 em jornada única. Na metodologia foi utilizado o Inventário de Sintoma de Stress LIPP e a Escala Analógica Visual. Com relação aos que faziam dupla jornada, 70,84% apresentaram estresse e 29,16% não acusaram sua presença. Para os sujeitos do grupo sem dupla jornada, 55,56% apresentaram estresse e 44,44% não acusaram a presença de estresse. Com relação aos que faziam dupla jornada, 70,84% apresentaram estresse e 29,16% não acusaram sua presença. Para os sujeitos do grupo sem dupla jornada, 55,56% apresentaram estresse e 44,44% não acusaram a presença de estresse (PAFARO; MARTINO, 2004).

Nesse sentido, conclui-se que o excesso de horas extras no trabalho pode afetar na saúde física e mental do trabalhador.

A Tabela 3 trata sobre dados de exposições adversas no ambiente laboral, como: riscos Físicos, químicos, biológicos e ergonômicos. As exposições investigadas foram: calor, frio, ruídos, vibrações, sangue, secreções e material perfuro cortante.

Tabela 3 - Distribuição dos dados acerca de riscos no trabalho

Exposições	n(%) n=55		
	Nunca	Algumas vezes	Sempre
Calor excessivo	18 (32,7)	21 (38,2)	16 (29,1)
Frio excessivo	28 (50,9)	18 (32,7)	9 (16,4)
Ruído/barulho	11 (20,0)	19 (34,5)	25 (45,5)
Vibrações	31 (56,4)	7 (12,7)	17 (30,9)
Sangue	47 (85,5)	5 (9,1)	3 (5,5)
Secreções	50 (90,9)	2 (3,6)	3 (5,5)
Material perfurante	30 (54,5)	7 (12,7)	18 (12,7)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Dessa forma, de acordo com a tabela 3, destaca-se a atenção para a prevalência de ruído, compreendendo em 45,5% dos participantes, conforme destacado anteriormente. Sabe-se que o ruído constante em ambiente de trabalho pode ser fator de risco para outros problemas, como: vasoconstrição (diminuindo aporte sanguíneo para os tecidos do corpo), aumento de tensão da musculatura, liberação via Sistema Nervoso Autônomo Simpático (liberando maiores níveis de adrenalina e do hormônio cortisol) (KROEMER; GRANDJEAN, 2005).

Uma pesquisa intitulada Prevalência de Exposição a Ruído Ocupacional em Trabalhadores Brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 objetivou descrever a prevalência de exposição ocupacional a ruído e analisar os fatores associados a essa condição na população brasileira. Utilizaram-se dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e a amostra foi composta de 36.442 brasileiros com 18 anos ou mais de idade. Os

resultados obtidos na pesquisa identificaram prevalência de exposição ao ruído de 32,1%, variando de 40,9% (Santa Catarina) a 21,9% (Piauí). Com relação às condições de saúde, podem-se considerar importantes associações com a prevalência de exposição a ruído as seguintes características: relato de problemas de sono, cansaço, desinteresse, dificuldade de concentração, lentidão ou agitação ao falar ou se movimentar, dificuldade auditiva, problemas alimentares, ter sofrido acidente de trabalho e não ter sido diagnosticado com hipertensão arterial. Sentir-se deprimido ou sentir-se mal consigo foram respostas associadas a uma maior prevalência de exposição a ruído (ASSUNÇÃO et al., 2019).

A Tabela 4 mostra dados coletados pelo QHT acerca de riscos ergonômicos e fatores psicossociais presentes no espaço laboral dos participantes. Os riscos ergonômicos e fatores psicossociais questionados aos entrevistados foram: exigência de movimentos repetitivos, rapidez na execução de tarefas, esforço físico, trabalho sentado, trabalho de pé, exigência de concentração, uso de computador e atuação em diferentes espaços físicos no trabalho.

Tabela 4 - Dados dos dados envolvendo riscos ergonômicos

	n(%) n=55		
	Nunca	Algumas vezes	Sempre
Exigência de movimentos repetitivos	2 (3,6)	8 (14,5)	45 (81,8)
Exige rapidez na execução de tarefas	8 (14,5)	12 (21,8)	35 (63,6)
Exige esforço físico	15 (27,3)	16 (29,1)	24 (43,6)
Trabalha sentado	15 (27,3)	22 (40,0)	18 (32,7)
Trabalha em pé	10 (18,2)	14 (25,5)	31 (56,4)
Exige concentração	5 (9,1)	12 (21,8)	38 (69,1)
Uso do computador	28 (50,9)	11 (20,0)	16 (29,1)
Atuação em diferentes espaços físicos	19 (34,5)	9 (16,4)	27 (49,1)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

A partir da Tabela 4, foi possível identificar os riscos ocupacionais. Dos participantes, 81,8% relataram que sempre precisam realizar movimentos repetitivos no trabalho; 63,6% sempre precisam exercer atividades com rapidez; 43,6% dos trabalhadores realizam esforço físico frequentemente; 56,4% sempre trabalham em pé; 69,1% possuem exigência de concentração no trabalho.

Em relação a este assunto, destaca-se a relação dos dados supracitados com um estudo realizado no ano de 2019 que teve por objetivo mensurar o efeito dos fatores psicossociais e físicos no desenvolvimento de LER/DORT em trabalhadores de uma indústria de calçados. Aplicou-se um questionário auto administrado a 267 trabalhadores para coletar as

percepções dos fatores psicossociais e físicos e os sintomas de DORT. A partir da pesquisa realizada, a maioria dos trabalhadores, entre 10 a 30% da jornada de trabalho, realizam a aplicação de força (51,68%), assumem posturas forçadas de trabalho (44,19%) e mantêm os braços em posições inadequadas (58,81); e necessitam de velocidade (62,92%) entre 30 e 50% da jornada de trabalho (BISPO et al., 2019).

Concluíram-se, com base no estudo supracitado, que fatores psicossociais podem influenciar nas LER/DORT com importância semelhante aos fatores físicos, aumentando a chance de sintomas de DORT nas costas e lombar dos trabalhadores (BISPO, et al., 2019).

A Tabela 5 indica os resultados dos dados acerca de questões ocupacionais relacionadas aos fatores psicossociais, como: estresse, organização e relações no trabalho.

Tabela 5 - Distribuição dos dados de organização e relações de trabalho envolvendo fatores psicossociais.

	n(%)		
	n=55		
	Nunca	Algumas vezes	Sempre
Tomada de decisão	18 (32,7)	24 (43,6)	13 (23,6)
Tempo e velocidade na realização	12 (21,8)	26 (47,3)	17 (30,9)
Trabalho em equipe	34 (61,8)	12 (21,8)	9 (16,4)
Relação com a chefia	41 (74,5)	11 (20,0)	3 (5,5)
Remuneração	29 (52,7)	17 (30,9)	9 (16,4)
Jornada de trabalho	34 (61,8)	18 (32,7)	3 (5,5)
Pressão para produtividade	26 (47,3)	19 (34,5)	10 (18,2)
Restrição do sono	28 (50,9)	19 (34,5)	8 (14,5)
Pausa durante o trabalho	4 (7,3)	10 (18,2)	41 (74,5)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

De acordo com os dados presentes na tabela 5, é possível identificar que 74,5% dos participantes relatam que sempre possuem intervalo durante o trabalho. Do mesmo modo, vale ressaltar que pausas curtas, de 3 a 5 minutos por hora de trabalho, contribuem para a redução de fadiga e aumenta o potencial de atenção prolongada. Essas pausas curtas são especialmente identificadas para atividades repetitivas, com pressão de tempo e alta exigência de atenção (KROEMER; GRANDJEAN, 2005).

Ainda sobre a distribuição de organização e relações de trabalho envolvendo fatores psicossociais, identifica-se que 30,9% dos participantes relatam que sempre são exigidas tarefas em que há necessidade de realizá-las em um curto período de tempo e em uma alta velocidade.

Igualmente, uma pesquisa objetivou identificar e descrever o nível de estresse ocupacional nos Servidores de Nível Superior do Poder Executivo do Estado do Rio Grande do

Sul associados ao Site Oficial do Sindicato dos Servidores de Nível Superior do Poder Executivo do Estado do Rio Grande do Sul (SINTERGS). Como resultados, dos 418 servidores públicos, 25,36% concordam que o tempo é insuficiente para realizar o grande volume de trabalho e que esse fator os deixam nervosos (PORTO; ELESBÃO; LOPES, 2018).

Na Tabela 6 é observa-se alguns fatores psicossociais envolvendo afastamento do trabalho e motivo deste. Neste aspecto, foram investigados também se os participantes sofreram alguma espécie de acidente durante o histórico laboral, como: acidente com materiais perfuro-cortantes, agressão moral, contaminação por substâncias químicas, entre outros tipos de acidentes laborais. É possível identificar também dados sobre afastamento de trabalho e suas causas.

Tabela 6 – Distribuição dos dados de afastamento de trabalho e respectivas causas

	n (%)
n = 55	
Afastamento do trabalho por motivo de doença	
Sim	35 (63,6)
Não	20 (36,4)
Causa do afastamento (n=35)	
LER/DORT	17 (48,6)
Psicológico	4 (11,4)
Acidente de trabalho	4 (11,4)
Outros motivos não especificados	10 (28,6)
Acidentes sofridos durante histórico laboral (n=19)	
Materiais perfuro-cortantes	10 (52,6)
Agressão Moral	6 (31,6)
Contaminação por substâncias-químicas	1 (5,3)
Acidentes Automobilísticos	2 (10,5)
Problemas de saúde mental no último ano (n=56)	
Sim	12 (21,4)
Não	44 (78,6)
Medicação para problema de saúde mental (n=56)	
Sim	11 (19,6)
Não	45 (80,4)
Quantos dias no último ano se afastou (n=20)	
1 a 5	15 (75,0)
6 a 10	2 (10,0)
11 a 15	2 (10,0)
16 a 20	1 (5,0)
Tempo de afastamento (n=20)	
Até 15 dias de Afastamento	2 (10,0)
de 15 dias a 6 meses de afastamento	2 (10,0)
1 ano a 2 anos de afastamento	4 (20,0)
Mais de 2 anos de afastamento	12 (60,0)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

A partir da distribuição dos dados da Tabela 7, é possível identificar a causa do afastamento do trabalho dos sujeitos pesquisados. 48,6% dos trabalhadores atribuem sintomas de LER/DORT como sendo os principais motivos de afastamento, enquanto 28,6% afirmam não ter um motivo específico devido à falta de diagnósticos para LER/DORT. Por último, 11,4% dizem ser por problemas psicológicos ou por acidentes de trabalho.



Na tabela 6 é possível identificar ainda que, dos 56 participantes, 20 responderam que já precisaram se afastar do trabalho por 15 dias ou mais. Destes 20 participantes, 60% responderam que já se afastaram por mais de 2 anos, correspondendo a 12 participantes.

No que diz respeito ao absenteísmo, um estudo que objetivou descrever e analisar o absenteísmo dos trabalhadores do Brasil, notificados com distúrbios musculoesqueléticos (DME) no período de 2007 a 2012, identificou que no período de 2007 a 2012 foram registrados no SINAN 32.438 trabalhadores com DME. O absenteísmo totalizou 4.961.478 dias de trabalho perdidos para 18.611 (57,4%) trabalhadores notificados e afastados com esse agravo no SINAN (HAEFFNER, et al., 2018).

Os dados supracitados mostram que o processo de saúde e doença de distúrbios músculo esqueléticos afetam significativamente a produtividade no trabalho e a saúde física e mental do sujeito que trabalha, e, conseqüentemente, interferindo nos aspectos psicossociais da vida do sujeito (HAEFFNER, et al., 2018).

No que tange a falta de diagnóstico específico para LER/DORT apontada por 28,6% dos sujeitos, uma pesquisa realizada 220 bancários do estado da Bahia em 2017 e mostrou que 91 apresentaram sintomas osteomusculares, porém sem diagnóstico específico, e outros 91, além dos sintomas, também relataram o diagnóstico de LER/DORT. Somente 38 não relataram qualquer distúrbio osteomuscular (MORAES, 2017).

A Tabela 7 mostra os resultados sobre o núcleo cardiovascular dos participantes. A partir deste núcleo de perguntas do QHT, foi possível identificar possíveis problemas cardiovasculares dos participantes, como: aneurisma, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, entre outros sintomas.

Tabela 7 - Distribuição de sintomas de doenças cardiovasculares

	n (%)
n = 56	
Aneurisma	
Nunca	56 (100,0)
Insuficiência cardíaca	
Nunca	56 (100,0)
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	
Já teve	3 (5,4)
Nunca	53 (94,6)
Medicamentos para doenças cardiovasculares	
Sim	18 (32,1)
Não	38 (67,9)
Infarto	
Já teve	1 (1,8)
Nunca	55 (98,2)
Arritmia cardíaca	
Já teve	3 (5,4)
Teve e ainda tem	1 (1,8)
Tem	2 (3,6)
Nunca	50 (89,3)
Sintoma de angina estável	
Já teve	1 (1,8)
Teve e ainda tem	1 (1,8)
Tem	1 (1,8)
Nunca	53 (94,6)
Sintoma de angina instável	
Já teve	4 (7,1)
Teve e ainda tem	1 (1,8)
Tem	1 (1,8)
Nunca	50 (89,3)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Com base os resultados obtidos na tabela 7, nenhum dos participantes afirmaram ter tido aneurisma ou insuficiência cardíaca. Apenas 5,4% dos sujeitos afirmaram já ter tido AVC e arritmia cardíaca. Enquanto 32,1% fazem uso de medicamentos para doenças cardiovasculares.

A Tabela 8 é uma subsequência da Tabela 7, em que mostra os fatores de risco para doenças cardiovasculares, como: tabagismo, familiares com doenças cardíacas, diabetes e colesterol alto.

Tabela 8 - Distribuição de dados envolvendo fatores de risco para doenças cardíacas

	n (%)
	n = 56
Fumante	
Sim	6 (10,7)
Não	50 (89,3)
Parente com doença cardíaca ou AVC	
Sim	23 (41,1)
Não	33 (58,9)
Diabetes	
Já teve	1 (1,8)
Tem	4 (7,1)
Nunca	51 (91,1)
Colesterol alto	
Já teve	3 (5,4)
Teve e ainda tem	1 (1,8)
Tem	6 (10,7)
Nunca	46 (82,1)
Índice de Massa Corporal	
Acima do peso	23 (41,1)
Peso normal	17 (30,4)
Obesidade I	8 (14,3)
Obesidade II (Severa)	5 (8,9)
Obesidade III (Mórbida)	1 (1,8)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

No que tange ao índice de massa corporal dos trabalhadores pesquisados, a maioria deles encontram-se acima do peso, correspondendo a 41,1% dos sujeitos.

Semelhantemente, um estudo - cujo objetivo foi identificar se características sociodemográficas, hábitos alimentares, situação de saúde e condições de trabalho estão relacionadas ao excesso de peso de trabalhadores - observou a prevalência do excesso de peso entre os sujeitos estudados. Dos 4.886 servidores e empregados públicos municipais, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, denotou-se a prevalência do excesso de peso foi de 44,4%, variando de acordo com as características sociodemográficas. A relação entre ambiente de trabalho e excesso de peso, evidenciada pela associação com a privação de pausa

no trabalho, denota a necessidade de medidas preventivas específicas que considerem as características do ambiente de trabalho (FREITAS, et al., 2016).

A partir da distribuição dos dados da Tabela 9 é possível identificar a prevalência de doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho.

Tabela 9 - Distribuição dos dados envolvendo trabalhadores conforme a LER/DORT

	n(%) n=56	
	Sim	Não
Hérnia de disco	14 (25,0)	42 (75,0)
Tendinite	12 (21,4)	44 (78,6)
Artrose	10 (17,9)	46 (82,1)
Bursite	4 (7,1)	52 (92,9)
Síndrome do túnel do carpo	4 (7,1)	52 (92,9)
Epicondilite	2 (3,6)	54 (96,4)
Menisco joelhos	2 (3,6)	54 (96,4)
Bico de papagaio	1 (1,8)	55 (98,2)
Escoliose	1 (1,8)	55 (98,2)
Osteoporose	1 (1,8)	55 (98,2)
Rompimento do ligamento dos joelhos	1 (1,8)	55 (98,2)
Síndrome do desfiladeiro torácico	1 (1,8)	55 (98,2)
Sinovite	1 (1,8)	55 (98,2)
Tenossinovite	0 (0,0)	56 (100,0)
Sem diagnóstico específico	19 (33,9)	37 (66,1)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Dentre os distúrbios osteomusculares identificados nos sujeitos, 25% possuem hérnia de disco; 21,4% apresentam tendinite e 17,9% têm bursite. Importante destacar que, é comum que o sujeito dê início à reabilitação no núcleo pesquisado sem a presença de um diagnóstico definitivo. Nesse sentido, 33,9% dos sujeitos não possuíam um diagnóstico específico para LER/DORT no momento da avaliação inicial.

Com base nos dados supracitados, faz-se necessário pensar na dificuldade ainda atual com relação ao diagnóstico de hérnias discais e no conseqüente retardo no tratamento.

Uma pesquisa realizada no Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ADT-HCPA) objetivou entender como as LER/DORT podem desenvolver-se no corpo do trabalhador contemporâneo com base em sua história de trabalho, pensando esta síndrome como uma subjetivação da relação entre o trabalhador e o trabalho. Foram analisados relatos de 50 trabalhadores com LER/DORT, em que essas correspondem a 70% dos diagnósticos ali realizados. É interessante notar que apenas 5 trabalhadores tinham diagnóstico médico de cervicalgia, apesar de 92% dos entrevistados apresentarem contraturas

musculares cervicais álgicas. De fato, dos 46 pacientes que apresentavam contraturas álgicas, apenas 17 deles receberam um diagnóstico que explicasse a origem do quadro (5- Cervicalgia; 7- Síndrome Miofascial; 4- Fibromialgia; 1-Hérnia Discal Cervical). Os demais 29 trabalhadores que apresentaram dores e contraturas musculares na região da cervical não se enquadraram entre esses diagnósticos. É importante recordar que os médicos diagnosticam de acordo com as afecções previstas pela Previdência Social Brasileira (GHISLENI et al., 2005).

A seguir, a tabela 10 apresenta a frequência de dor dos sujeitos que não possuíam um diagnóstico a priori. Porém, com base nos sintomas, é possível pensar numa DORT e, assim, dar início a conduta de tratamento.

Tabela 10 - Distribuição dos trabalhadores conforme a localização da dor crônica

Frequência de Dor Sujeitos sem Diagnóstico	n(%) n=19			
	Sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Cabeça	0 (0,0)	3 (15,8)	0 (0,0)	19 (100,0)
ATM	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	18 (94,7)
Cervical	1 (5,3)	2 (10,5)	0 (0,0)	16 (84,2)
Dorsal	2 (10,5)	3 (15,8)	0 (0,0)	14 (73,7)
Ombro	6 (31,6)	1 (5,3)	0 (0,0)	12 (63,2)
Lombar	7 (36,8)	1 (5,3)	(10,5)	9 (47,4)
Cotovelo	2 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (89,5)
Punho	7 (36,8)	1 (5,3)	0 (0,0)	11 (57,9)
Quadril	1 (5,3)	1 (5,3)	0 (0,0)	17 (89,5)
Joelho	5 (26,3)	2 (10,5)	2 (10,5)	10 (52,6)
Tornozelo/pé	0 (0,0)	2 (10,5)	0 (0,0)	17 (89,5)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Embora os dados tenham sugerido a hérnia de disco lombar como principal indício de DORT entre os sujeitos entrevistados, há de se considerar que os casos sem diagnósticos, quando pesquisados, foram identificados sintomas, como: dor lombar e/ou de punho (representando 36,8% dos sujeitos que afirmam sempre sentir dor nestas regiões), frequência na dor nos ombros (31,6% dos trabalhadores) e dor nos joelhos (representada por 26,3% que sempre sentem dor nesta região).

Na Tabela 11 visualiza-se a distribuição de informações sobre dores osteomusculares relacionadas ao trabalho, investigando o local da dor, sua intensidade e frequência.

Tabela 11 – Distribuição sobre dores osteomusculares relacionadas às questões laborais e aspectos psicossociais do trabalho

Parte do corpo	Dores osteomusculares, n(%)								
	n	Frequência de dor				n	Intensidade de dor		
		Sempre	Raramente	Ausência	Forte		Moderada	Fraca	Ausência
Cabeça	56	3 (5,4)	3 (5,4)	43 (76,8)	6 (10,7)	56	5 (8,9)	2 (3,6)	43 (76,8)
ATM	56	2 (3,6)	0 (0,0)	53 (94,6)	1 (1,8)	56	0 (0,0)	1 (1,8)	54 (96,4)
Cervical	56	13 (23,2)	1 (1,8)	34 (60,7)	13 (23,2)	56	6 (10,7)	3 (5,4)	34 (60,7)
Dorsal	56	7 (12,5)	0 (0,0)	44 (78,6)	6 (10,7)	56	4 (7,1)	2 (3,6)	44 (78,6)
Ombro	56	19 (33,9)	1 (1,8)	30 (53,6)	18 (32,1)	56	8 (14,3)	1 (1,8)	29 (51,8)
Lombar	56	23 (41,1)	2 (3,6)	23 (41,1)	16 (28,6)	56	14 (25,0)	2 (3,6)	24 (42,9)
Cotovelo	56	9 (16,1)	0 (0,0)	46 (82,1)	18 (32,1)	56	8 (14,3)	1 (1,8)	29 (51,8)
Punho	56	13 (23,2)	0 (0,0)	40 (71,4)	11 (19,6)	56	5 (8,9)	1 (1,8)	39 (69,6)
Quadril	56	7 (12,5)	0 (0,0)	47 (83,9)	5 (8,9)	56	1 (1,8)	1 (1,8)	49 (87,5)
Joelho	56	14 (25,0)	2 (3,6)	36 (64,3)	11 (19,6)	56	5 (8,9)	4 (7,1)	36 (64,3)
Tornozelo/pé	56	5 (8,9)	1 (1,8)	47 (83,9)	5 (8,9)	56	2 (3,6)	2 (3,6)	47 (83,9)

ATM – Articulação têmporo-mandibular

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

A frequência dor lombar foi o fator mais significativo dentre os participantes, correspondendo a 41,1% deles; enquanto a intensidade da dor também foi a dor lombar, representando 25% dos participantes que relataram sentir dor moderada na maioria das vezes.

A partir da tabela 11 observa-se que a frequência de dor predominante entre os trabalhadores é na região lombar, contemplando 41,1% dos sujeitos entrevistados, bem como sua intensidade moderada corresponde a 25% das respostas dos participantes.

Do mesmo modo, comparam-se os resultados obtidos numa cujo objetivo foi descrever o perfil de 1274 pacientes atendidos no CEREST do município de Santa Maria-RS, no período de janeiro de 2011 a agosto de 2016. Os resultados obtidos através de dados dos prontuários dos mostrou que houve uma incidência considerável de lombalgias (15,8%), sendo que as DORT mais incidentes foram cervicalgia e lombalgias (ZWIRTES, et al., 2017).

A tabela 12 mostra a média dos resultados a partir do questionário EADS-21 realizado. Nessa escala, o sujeito responde perguntas acerca de sintomas de estresse, ansiedade e depressão.

Tabela 12 – Distribuição envolvendo a Escala EADS-21

Sintomas de estresse, ansiedade e depressão	EADS-21, n (%)			
	n=56			
	0	1	2	3
Dificuldades em se acalmar	20 (35,7)	16 (28,6)	16 (28,6)	4 (7,1)
Sensação de boca seca	27 (48,2)	13 (23,2)	9 (16,1)	7 (12,5)
Ausência de sentimentos positivos	33 (58,9)	11 (19,6)	8 (14,3)	4 (7,1)
Dificuldades em respirar	37 (66,1)	11 (19,6)	6 (10,7)	2 (3,6)
Dificuldade em tomar iniciativa	33 (58,9)	11 (19,6)	5 (8,9)	7 (12,5)
Reação demasiada em situações	21 (37,5)	19 (33,9)	9 (16,1)	7 (12,5)
Tremores	39 (69,6)	7 (12,5)	3 (5,4)	7 (12,5)
Uso demasiado de energia	24 (42,9)	13 (23,2)	4 (7,1)	15 (26,8)
Preocupações em entrar em pânico	37 (66,1)	8 (14,3)	6 (10,7)	5 (8,3)
Ausência de perspectivas futuras	37 (66,1)	7 (12,5)	1 (1,8)	11 (19,6)
Agitação	18 (32,1)	19 (33,9)	11 (19,6)	8 (14,3)
Ausência de relaxamento	13 (23,2)	20 (35,7)	11 (19,6)	12 (21,4)
Desânimo e melancolia	18 (32,1)	16 (28,6)	16 (28,6)	6 (10,7)
Intolerância à interrupção	35 (62,5)	8 (14,3)	8 (14,3)	5 (8,9)
Início do estado de pânico	41 (73,2)	9 (16,1)	4 (7,1)	2 (3,6)
Ausência de Entusiasmo	33 (58,9)	13 (23,2)	5 (8,9)	5 (8,9)
Ausência de valor como pessoa	35 (62,5)	10 (17,9)	7 (12,5)	4 (7,1)
Percepção de estar sensível	15 (26,8)	18 (32,1)	15 (26,8)	8 (14,3)
Taquicardia em repouso	31 (55,4)	10 (17,9)	8 (14,3)	7 (12,5)
Sentir-se assustado sem razão	38 (67,9)	11 (19,6)	4 (7,1)	3 (5,4)
Ausência de sentido na vida	44 (78,6)	5 (8,9)	2 (3,6)	5 (8,9)

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse.

0 – Não se aplica; 1 – Algumas vezes; 2 – Muitas vezes; 3 – Maior parte das vezes.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Dentre os sintomas investigados pelo EADS-21, as respostas que foram prevalentes entre os entrevistados foram “dificuldade em se acalmar” e “desânimo e melancolia” durante muitas vezes (28,6%), bem como “uso demasiado de energia” na maior parte das vezes (26,8%).

Do mesmo modo, uma estudo que analisar a prevalência dos diversos transtornos de ansiedade entre os sintomas de transtornos mentais e comportamentais como causa de afastamento laboral de trabalhadores do estado do Piauí identificou que os sintomas de estresse, ansiedade e depressão pode influenciar diretamente na produtividade laboral do sujeito. Dos 412 sujeitos da pesquisa, 31,2% dos trabalhadores afastados apresentavam sintomas de transtorno de ansiedade e depressão, enquanto 14,1% apresentavam sintomas de ansiedade generalizada, como, dificuldades em se acalmar e dificuldades para respirar (FERNANDES, et al., 2018).

Na tabela 13 é possível visualizar o cruzamento de dados acerca da escolaridade e dos riscos ergonômicos e psicossociais dos sujeitos, como: exigência nos movimentos repetitivos, exigência de rapidez na execução de tarefas e exigência de esforço físico.



Tabela 13 - Cruzamento de dados de escolaridade com riscos ergonômicos

	Escolaridade, n(%)								Valor-p <sup>†</sup>
	Ensino Fundamental		Ensino Médio		Ensino Superior		Pós Graduação		
	Completo n=6	Incompleto n=10	Completo n=19	Incompleto n=1	Completo n=3	Incompleto n=9	Completo n=6	Incompleto n=1	
Função exige movimento repetitivos									
Nunca	-	1 (10,0)	1 (5,3)	-	-	-	-	-	0,780
Algumas vezes	-	1 (10,0)	3 (15,8)	-	-	2 (22,2)	2 (33,3)	-	
Sempre	6 (100,0)	8 (80,0)	15 (78,9)	1 (100,0)	3 (100,0)	7 (77,8)	4 (66,7)	1 (100,0)	
Função exige rapidez na execução de tarefas									
Nunca	1 (16,7)	2 (20,0)	2 (10,5)	-	1 (33,3)	1 (11,1)	1 (16,7)	-	0,576
Algumas vezes	1 (16,7)	2 (20,0)	2 (10,5)	1 (100,0)	1 (33,3)	3 (33,3)	1 (16,7)	1 (100,0)	
Sempre	4 (66,7)	6 (60,0)	15 (78,9)	-	1 (33,3)	5 (55,6)	4 (66,7)	-	
Função exige esforço físico									
Nunca	1 (16,7)	3 (30,0)	3 (15,8)	-	3 (100,0)	2 (22,2)	3 (50,0)	-	0,302
Algumas vezes	1 (16,7)	4 (40,0)	7 (36,8)	-	-	2 (22,2)	1 (16,7)	1 (100,0)	
Sempre	4 (66,7)	3 (30,0)	9 (47,4)	1 (100,0)	-	5 (55,6)	2 (33,3)	-	

<sup>†</sup>Valor obtido após aplicação do teste Linear por Linear.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Não houve associação entre os riscos ergonômicos cruzados e a escolaridade presentes na tabela 13. Entretanto, uma pesquisa que estudou as características sociodemográficas, ocupacionais e clínicas de trabalhadores com LER/DORT matriculados no CEREST Regional de Guarulhos no período de janeiro de 2011 a março de 2013, revelou que dos 192 sujeitos pesquisados, 53,6% possuíam somente até o ensino fundamental completo (MAENO, et al., 2016).

Na tabela 14 pode-se analisar o Cruzamento de dados de afastamento do trabalho com dados da escala EADS-21, tais como: ausência de relaxamento, percepção de estar sensível, ausência de perspectivas futuras e uso demasiado da energia.

Tabela 14 - Cruzamento de dados de afastamento do trabalho com dados da escala EADS-21

	Afastamento do trabalho, n(%)		Valor-p <sup>¥</sup>
	Sim n=35	Não n=20	
<b>Ausência de relaxamento</b>			
Não se aplica	10 (28,6)	3 (15,0)	0,389
Algumas vezes	10 (28,6)	10 (50,0)	
Muitas vezes	8 (22,9)	3 (15,0)	
Maior parte das vezes	7 (20,0)	4 (20,0)	
<b>Percepção de estar sensível</b>			
Não se aplica	10 (28,6)	5 (25,0)	0,027
Algumas vezes	8 (22,9)	10 (50,0) <sup>b</sup>	
Muitas vezes	10 (28,6)	5 (25,0)	
Maior parte das vezes	7 (20,0) <sup>b</sup>	0 (0,0)	
<b>Ausência de perspectivas futuras</b>			
Não se aplica	18 (51,4)	18 (90,0) <sup>b</sup>	0,021
Algumas vezes	6 (17,1)	1 (5,0)	
Muitas vezes	1 (2,9)	0 (0,0)	
Maior parte das vezes	10 (28,6) <sup>b</sup>	1 (5,0)	
<b>Uso demasiado de energia</b>			
Não se aplica	16 (45,7)	8 (40,0)	0,319
Algumas vezes	6 (17,1)	7 (35,0)	
Muitas vezes	2 (5,7)	2 (10,0)	
Maior parte das vezes	11 (31,4)	3 (15,0)	

<sup>¥</sup>Valor obtido após aplicação do teste Razão de Verossimilhança.

<sup>b</sup>Letra indicando valor estatisticamente significativo após análise de resíduo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A tabela 14 apresenta a resposta do de algumas das questões da Escala EADS-21 aplicada nos trabalhadores. Tais informações foram cruzadas com dados do histórico de afastamento do trabalho dos mesmos.

Identificou-se associação entre percepção de estar sensível na maior parte das vezes e já ter sido afastado do trabalho (valor-p<sup>¥</sup>= 0,027), ao mesmo passo em que a resposta “algumas vezes” também apresentou valor estatisticamente significativo após análise de resíduo. Outro dado psicossocial que houve relação foi ausência de perspectivas futuras na maior parte das vezes com o afastamento do trabalho (valor-p<sup>¥</sup>= 0,021), e, ao mesmo tempo, a resposta “não se

aplica” também apontou valor significado. As demais informações presentes na tabela 14 não houve associação válida.

Os resultados encontrados na tabela 14 são semelhantes aos encontrados em um estudo com trabalhadores objetivou identificar e descrever o nível de estresse ocupacional nos Servidores de Nível Superior do Poder Executivo do Estado do Rio Grande do Sul associados ao Site Oficial do Sindicato dos Servidores de Nível Superior do Poder Executivo do Estado do Rio Grande do Sul (SINTERGS). Como resultados, dos 418 servidores públicos, houve a prevalência de concordância total (42,58%) no que se diz respeito aos percentuais de resposta para a questão “As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado” (PORTO; ELESBÃO; LOPES, 2018).

Na tabela 15 apresenta-se os resultados do cruzamento de dados entre movimentos repetitivos com dados da EADS-21, como: ausência de relaxamento, percepção de estar sensível, ausência de perspectivas futuras e uso demasiado da energia.

Tabela 15 - Cruzamento de dados de movimentos repetitivos com dados da EADS-21

	Função exige movimento repetitivos, n(%)			Valor-p <sup>†</sup>
	Nunca n=2	Algumas vezes n=8	Sempre n=45	
<b>Ausência de relaxamento</b>				
Não se aplica	1 (50,0)	1 (12,5)	11 (24,4)	0,883
Algumas vezes	0 (0,0)	4 (50,0)	16 (35,6)	
Muitas vezes	1 (50,0)	1 (12,5)	8 (17,8)	
Maior parte das vezes	0 (0,0)	2 (25,0)	10 (22,2)	
<b>Percepção de estar sensível</b>				
Não se aplica	0 (0,0)	3 (37,5)	12 (26,7)	0,988
Algumas vezes	1 (50,0)	2 (25,0)	15 (33,3)	
Muitas vezes	1 (50,0)	2 (25,0)	12 (26,7)	
Maior parte das vezes	0 (0,0)	1 (12,5)	6 (13,3)	
<b>Ausência de perspectivas futuras</b>				
Não se aplica	1 (50,0)	5 (62,5)	31 (68,9)	0,413
Algumas vezes	0 (0,0)	1 (12,5)	6 (13,3)	
Muitas vezes	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	
Maior parte das vezes	1 (50,0)	1 (12,5)	8 (17,8)	
<b>Uso demasiado de energia</b>				
Não se aplica	1 (50,0)	4 (50,0)	19 (42,2)	0,969
Algumas vezes	0 (0,0)	2 (25,0)	10 (22,2)	
Muitas vezes	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (8,9)	
Maior parte das vezes	1 (50,0)	2 (25,0)	12 (26,7)	

<sup>†</sup>Valor obtido após aplicação do teste Linear por Linear.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Conforme é possível analisar na tabela 15, não houve associação entre os sintomas de estresse, ansiedade e depressão, listados acima, e a função que exige movimentos repetitivos.

Entretanto, é importante afirmar que tanto uma dor física pode provocar impactos na dimensão psicológica, que reflexamente agrava o quadro de dor, quando uma dor de origem psicológica pode impactar no corpo, também reflexamente agravando a situação. Tratando-se de LER/DORT, ambos os caminhos são possíveis de acontecer (MERSKEY, 1996).

## 7 RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA ENTREVISTA

Foram entrevistados 19 indivíduos que desenvolveram LER/DORT e que foram atendidos no núcleo de saúde do trabalhador. A seguir, a Tabela 1 mostra a caracterização dos sujeitos participantes da entrevista, como: sexo, escolaridade, renda, ocupação, estado civil e filhos. Como já dito no método da pesquisa, esses foram submetidos à entrevista semiestruturada, aplicação da Escala EADS-21 e Questionário de Hábitos Relacionados ao Trabalho (QHT).

Tabela 16 - Caracterização dos participantes da análise qualitativa

Variáveis		N
Sexo	Feminino	12
	Masculino	07
Escolaridade	Até ensino fundamental	02
	Ensino médio	12
	Ensino superior ou mais	05
Ocupação	Aposentado (a)	01
	Costureira	02
	Administrador	01
	Faxineira	02
	Psicóloga	01
	Vigilante	01
	Manutenção	01
	Pedreiro	01
	Agente Comunitária de Saúde	01
	Técnico	01
	Jornalista	01
	Motorista	01
	Tatuador	01
	Ass. Administrativo	02
Professor (a)	01	
Faxineira	02	
Pintor	01	
Estado civil	Casado (a)	16
	Divorciado (a)	-
	Solteiro (a)	03
	Viúvo (a)	-
Renda familiar (em salários mínimos)	Inferior a 2	03
	Entre 2 e 4	16
	Entre 5 e 7	-
	Superior a 7	-
Tem filhos?	Não	05
	Sim	14

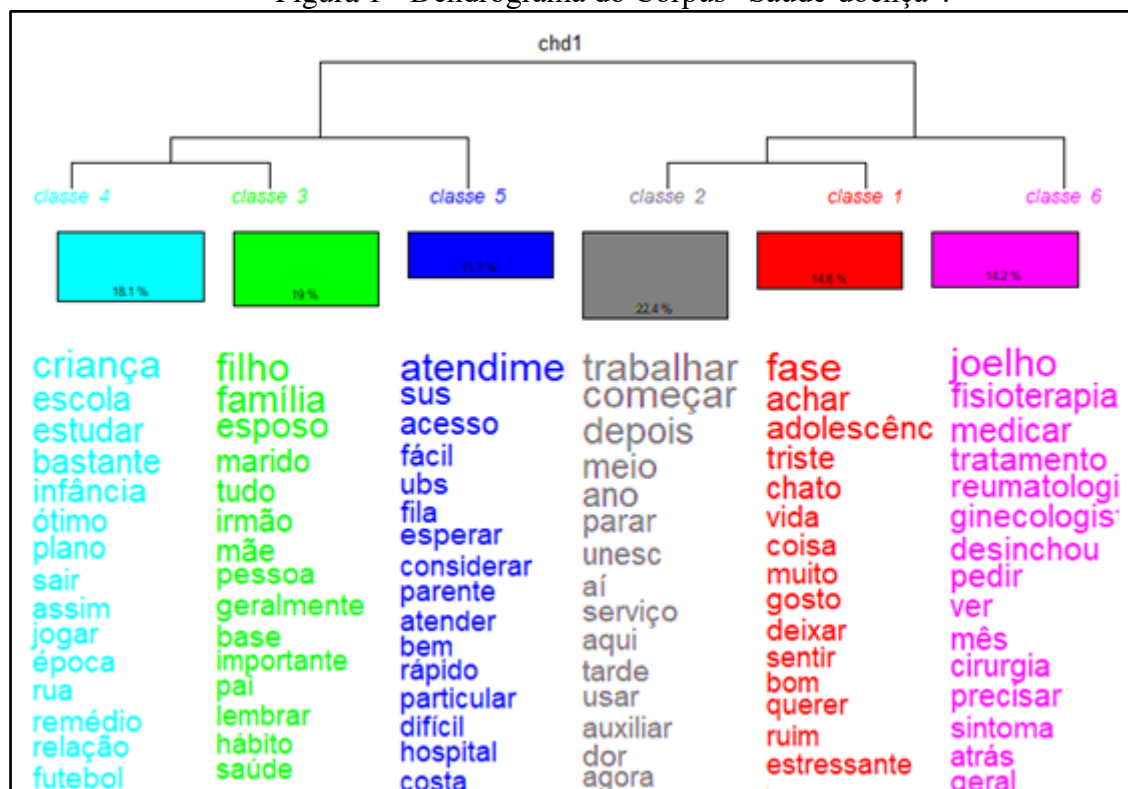
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Através da Tabela 16 pode-se identificar que a maioria dos sujeitos entrevistados não estão aposentados (apenas 1 está aposentado). Dos 19 sujeitos, 16 possuem renda familiar entre 2 a 4 salários mínimos e são casados. 14 dos 19 entrevistados tem 1 ou mais filhos. Dentre as ocupações dos sujeitos, faxineira, costureira e assistente administrativo repetiram 2 vezes cada.

## 7.2 ANÁLISE DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

O corpus “Saúde-doença” corresponde à parte da pesquisa que buscou analisar os aspectos psicossociais envolvidos em trabalhadores com LER/DORT atendidos no núcleo e identificar as principais características psicológicas de aspectos envolvidos comumente nas LER/DORT. Esse corpus foi formado pelo conjunto das respostas da entrevista. Essas foram transcritas e organizadas em um único arquivo que foi submetido a uma análise com o auxílio do software IRAMUTEQ. A classificação hierárquica descendente (CHD) separa em seguimentos de texto os contextos semânticos semelhantes, organizando-o em classes, conforme tais semelhanças. Somente foram retidas na análise as palavras com frequência maior que três  $x^2 \geq 3,84$ . O  $x^2$  refere-se ao poder de associação da palavra com a sua classe, configurando a sua importância para a compreensão do texto. A figura 1 é o Dendrograma composto pelas palavras de maior frequência, sendo que estas estão dispostas de acordo com esta ordem.

Figura 1 - Dendrograma do Corpus “Saúde-doença”.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Após a classificação hierárquica descendente (CHD) realizada pelo software IRAMUTEQ foram identificados 242 segmentos de textos sendo que 205 deles (84,71%) foram considerados na análise. Os segmentos de texto foram compostos por 1.645 palavras que ocorreram 5,07 em média vezes por palavra. A CHD dividiu o corpus em 6 classes sendo que em um primeiro momento houve a subdivisão em dois subcorpus, de um lado a classe 6 em oposição ao outro lado (classes 1 e 2). No segundo momento a classe 1 foi separada da classe 2; em um terceiro momento houve a separação dos corpus 3 e 4 em oposição ao corpus 5; e por último, o corpus 3 se separou do corpus 4. A figura 1 apresenta o nome das classes, o número de segmentos de texto (ST's) que as compõe, seguida de uma descrição de cada classe e das palavras de maior associação com a mesma, em função do duplo critério lexicográfico: ter frequência superior a frequência média por forma distinta e do coeficiente de associação qui-quadrado, conforme descrito anteriormente.

A classe 6 denominada *Reabilitação* apresenta 14,2% dos segmentos de texto. Trazem palavras como: joelho, fisioterapia, medicar, tratamento e cirurgia, representada principalmente pela profissão de pedreiro. Nesta classe os segmentos de texto trazem a ideia da doença já instaurada, em condição de cronicidade, sendo que o tratamento parece só ser iniciado

quando a doença alcança esse estágio. Nesse contexto, a fisioterapia surge como reabilitação e não como prevenção e é delegado ao profissional a responsabilidade de cura.

Nessa perspectiva, a teoria traz que a Fisioterapia é uma área de atuação da saúde que busca atender as demandas da sociedade, com enfoque atual no paradigma biopsicossocial com atenção integral ao ser humano. É uma profissão que não trabalha somente a reabilitação do sujeito, mas a promoção e prevenção também. O fisioterapeuta atua com diversas responsabilidades baseadas em políticas, estatutos, ética profissional da legislação em saúde, que visam assegurar a equidade e assim fornecer suporte condizente às necessidades e à realidade de pessoas. Além das responsabilidades do profissional da fisioterapia, deve-se pensar ainda na responsabilidade que o sujeito no papel de paciente tem no seu processo de reabilitação (HARTMAN, et al., 2017).

Além do profissional da fisioterapia, são citados também médicos como reumatologista e ginecologista, sendo que as principais doenças foram associadas ao joelho (f=18), a coluna (f=12), a hérnia (f=8), a dor nas articulações (f=7) e problemas nas pernas em geral (f=5). A seguir um segmento de texto que faz parte desta classe: “é que eu não conseguia dobrar e senti que inchava desde quando eu fiz a cirurgia no joelho eu já senti, mesmo depois que eu fiz fisioterapia e tudo não desinchou e eu perguntava para o médico” (indivíduo 9, homem, faixa etária de 50 anos, ensino médio, renda média de 2 salários mínimos, pedreiro).

A partir do discurso do entrevistado no trecho supracitado, pode-se observar que o trabalhador busca o cuidado especializado apenas quando a dor já está numa situação crônica e muitas vezes até com comorbidades. Sendo assim, a literatura médica afirma que um dos fatores desafiadores no manejo com pacientes que sofrem de dor crônica é a presença de comorbidades. Existem muitos relatos de profissionais de diversas formações da saúde afirmando que, ao lidar com pacientes com dor crônica, é muito frequente encontrar esses pacientes sofrendo também de depressão, ansiedade, abuso de substâncias, hipocondria e transtornos de personalidade, o que denota a importância das variáveis psicossociais do processo de saúde (SOLANO, 2014).

As dores trazidas pelos participantes parecem estar associadas ao processo de LER/DORT. De acordo com Picoloto e Silveira (2007), as LER/ DORT são danos decorrentes da utilização excessiva, imposta ao sistema osteomuscular, e da falta de tempo para recuperação. De maneira geral, são caracterizadas pela ocorrência de vários sintomas, de aparecimento insidioso e que geralmente acontecem nos membros superiores, por exemplo: parestesia, sensação de peso e fadiga. Abrangem quadros clínicos do sistema osteomuscular adquiridos pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho. E com muita frequência esses são causas de incapacidade laboral temporária ou permanente (PICOLOTO;



SILVEIRA, 2007). No entanto, no que concerne à manutenção da saúde, a pesquisa de Sanches, et al. (2017) esclarece que há um profundo desconhecimento por parte dos trabalhadores com LER/DORT acerca dos meios disponíveis para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Tal dado torna-se relevante, tendo em vista que está na prevenção o sucesso para o início de qualquer atitude no sentido de minimizar a problemática das LER/DORT (SANCHES, et al., 2017).

A classe 1, denominada como *Marcas Psicológicas na Adolescência* apresenta 14,6% dos segmentos de texto. Trazem palavras como: adolescência, chato, triste, estressante e ruim, sendo representado principalmente por mulheres. As participantes trazem a adolescência como uma fase com sentimentos de baixa autoestima (f=11), que não traz boas lembranças (f=10), frustrante (f=6), problemas com o corpo (f=5), de imaturidade (f=5), de depressão (f=4) e difícil (f=2). Discutir sobre a saúde mental da mulher na fase da adolescência e a questão da estética envolvida nesse processo. Um segmento de texto característico dessa classe seria: “Ai, bem ruim minha adolescência, eu acho que eu era chata, que eu era até depressiva quando eu era adolescente porque é uma fase tão difícil, né. O teu corpo, tudo.” (Indivíduo 12, mulher, faixa etária de 40 anos, ensino superior, renda de 4 salários mínimos, jornalista).

A partir das informações coletadas na classe *Marcas Psicológicas na Adolescência*, pode-se perceber que, para os sujeitos entrevistados, a adolescência foi uma época de frustrações e problemas com a imagem do corpo. O estudo da imagem corporal é algo relativamente recente, embora a preocupação com a aparência física exista desde o início das civilizações. A imagem corporal pode ser entendida como a representação mental do corpo que cada o sujeito constrói em sua mente e isso é subjetivo (SCHILDER, 1999). Esta é uma construção multidimensional que inclui a dimensão perceptual (precisão na percepção do corpo), a dimensão cognitivo-afetiva ou subjetiva (atitudes, sentimentos, cognições e avaliações em relação ao tamanho, peso ou partes do corpo) e a dimensão comportamental (comportamentos provocados a partir da percepção e dos sentimentos com relação ao próprio corpo) (RAICH, 2000).

Devido a uma criação cultural, podemos perceber a idealização de um corpo ideal, ou seja, existe um ideal de beleza exterior. Essa idealização gera uma pressão significativa para as pessoas de maneira geral isso se intensifica na fase da adolescência. A adolescência é uma fase de muitas transformações biológicas, emocionais e sociais (GONÇALVES; MARTINEZ, 2014). Estudos demonstram que adolescentes com sobrepeso e obesidade sofrem mais que

adultos a pressão de se encaixarem em modelos e padrões de beleza (LIRA, et al., 2017; UCHOA et al., 2017).

Ocorre uma falta de diversidade de corpos como referencial de beleza, todos desejam ser iguais. A mídia atua reforçando e popularizando maneiras de se atingir o “corpo ideal”, fomentando desejos e disseminando imagens. Desse modo, principalmente durante a adolescência o cuidado com a saúde torna-se secundários, sendo a pressão normativa estética superior à promoção de saúde (LIRA, et al., 2017; UCHOA, et al., 2017).

A classe 2 intitulada como *Doença vs Trabalho* apresenta 22,4% dos segmentos de texto, sendo a maior classe e envolvendo principalmente os trabalhadores da área administrativa. Apresenta palavras como: trabalhar, começar, parar, UNESC e ano. Essa classe apresenta trechos em que os participantes relatam sobre o momento em que a dor afetou suas condições de trabalho (f=15), o ingresso no trabalho (f=12) e suas condições de trabalho (f=8). A UNESC surge como auxiliadora no processo de reinserção do trabalhador. Os dados apontam para uma inexistência a ações preventivas à saúde do trabalhador, visto que estes se afastam do trabalho quando já estão numa condição aguda de dor. A seguir um texto ilustrativo desta classe: “Primeiro sintoma foi que eu comecei a ficar com o pulso mais fraco, o motivo foi de usar muito o mouse, a gente clica bastante e escreve também, minha irmã trabalhou bastante no caixa também e usava o mouse, era muita dor” (indivíduo 17, mulher, faixa etária dos 20 anos, ensino médio, renda de 3 salários mínimos, assistente administrativa).

Uma vez que os dados da classe 2 apontam para uma inexistência a ações preventivas à saúde do trabalhador, visto que estes se afastam do trabalho quando já estão numa condição aguda de dor, pode-se refletir sobre a importância da atenção primária à saúde (APS) no sentido da prevenção de doenças e agravos. Nessa direção, a APS pode ser compreendida como um nível de atenção que proporciona a entrada no sistema para todas as novas necessidades, oferecendo atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo. Assim, a APS deve fornecer atenção para as diversas condições que o sujeito apresenta, assistindo as demandas mais comuns na comunidade, por meio da oferta de serviços de prevenção, cura, reabilitação (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, percebe-se ainda a dificuldade de ações preventivas voltadas à saúde do trabalhador. De acordo com Câmara, et al (2003), as ações fundamentais no campo da prevenção e controle das doenças ocupacionais propostas pelo Ministério da Saúde levam em conta a possibilidade da promoção da saúde no ambiente de trabalho, determinando as condições de risco, a caracterização e a quantificação, atingindo as empresas, os órgãos públicos e o mercado informal.

Vale lembrar que as LER/DORT podem ser analisadas como sendo um conjunto de interações que acontecem entre o sujeito e o contexto em que ele está inserido, assim como condições físicas, psíquicas, econômicas e demais aspectos que são predisponentes em virtude da sua exposição ao contexto social. Por isso é importante que o profissional compreenda não somente os aspectos físicos e biomecânicos das LER/DORT, mas também as condições que este sujeito se encontra. Essas condições dizem respeito a sua vida pessoal e profissional. Ou seja, é importante que o profissional saiba onde esse sujeito mora, com quem ele mora e qual é a sua rotina. É essencial entender também quais são os fatores de riscos que o sujeito tende a se expor durante as atividades de trabalho para que seja possível adotar métodos preventivos e/ou curativos (SANTOS, 2003).

Dessa forma, é preciso que haja mais ações de prevenção dentro dos espaços ocupacionais. Uma forma de trabalhar a prevenção das LER/DORT em uma empresa, por exemplo, inicia-se pela identificação dos fatores de risco, presentes na situação de trabalho. Devem ser analisadas as tarefas realizadas, especialmente as que envolvem movimentos repetitivos, movimentos bruscos, uso da força, posições forçadas e por tempo prolongado. Aspectos ocupacionais e psicossociais também devem ser levados em conta. A prevenção das LER/DORT não depende de medidas isoladas, mas da identificação dos fatores de risco e as estratégias de defesa, que deve ser fruto de análise integrada entre a equipe técnica e os trabalhadores, considerando-se o saber de ambos os lados. (Instrução Normativa INSS/DC Nº 98 de 05 de Dezembro de 2003).

A classe 5 denominada como *Atendimento no SUS* apresenta 11,71% dos segmentos de texto, sendo composta por palavras como: SUS, atendimento, UBS, fila, esperar, acesso e fácil. A classe é compreendida por participantes com renda média de 1 salário mínimo. Em seu conteúdo traz a retrospectiva do SUS, ou seja, como era o atendimento no passado e como é hoje. De forma geral, os participantes percebem maior dificuldade de acesso no passado em razão de filas (f=8), espera (f=8) e distância (f=5); e o atendimento precário (f=5). Em relação ao presente, parte dos participantes apontam a continuidade de filas (f=8), a falta de informação para encaminhamento das consultas (f=7), atendimento ainda precário (f=5) e demorado (f=3). Em contrapartida, outra parte dos participantes apontam para um bom atendimento no presente (f=8), rapidez (f=7), fácil acesso (f=5), bom vínculo com os profissionais de saúde (f=4). Um trecho característico desta classe seria: “O atendimento era mais ou menos, mas o acesso era mais trabalhoso, com filas gigantescas de espera, hoje o atendimento é viável, mas a falta de informação para o encaminhamento das consultas” (participante 10, mulher, faixa etária dos 50 anos, ensino fundamental, renda de 1 salário mínimo, agente comunitária de saúde).

É possível identificar que os participantes percebem as transformações no acesso à saúde pública e universal. Nesse sentido, pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde, desde sua criação, já passou por diversas mudanças no que se diz respeito à qualidade do acesso. Pode-se citar como avanços positivos a oferta de diversos programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados para a população brasileira, que incluem a evolução das equipes do Programa Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes, sendo o segundo país do mundo em número de transplantes, do Programa de Controle de HIV/AIDS, reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, entre outros (BRASIL, 2006a).

Os participantes trazem a distância como uma dificuldade ao acesso à saúde no passado, mas não mais no presente. Este fator pode se levar ao fato da implementação da Política Nacional de Atenção Básica.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a Saúde Família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (BRASIL, 2006b).

Hoje, a Saúde da Família está presente em muitos territórios brasileiros e este fator contribui para uma maior facilidade ao acesso à saúde, uma vez que os usuários podem acessá-la nas proximidades de sua casa (GIOVANELLA, et al., 2009).

Ainda sobre a classe denominada “*Atendimento no SUS*”, como pontos a serem melhorados, pode-se lembrar dos problemas de implementação, implantação, financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), fato que necessita de uma análise mais detalhada, resgatando o processo de construção do SUS (VENTURA, 2003).

A criação do Sistema Único de Saúde foi a maior conquista na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007). Através da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS), foi estabelecida a Declaração de Alma-Ata, a participação efetiva dos Estados na saúde do seu povo por meio da promoção de políticas de saúde que objetivassem o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos brasileiros, enfatizando-se especialmente os cuidados primários. Confirmou-se também que a saúde é a mais importante

meta social mundial e que, para tanto, faz-se necessária a integração com os diversos setores sociais e econômicos (VENTURA, 2003).

Ao mesmo tempo, no ano de 1980, a população brasileira clamava pela redemocratização do país, através de manifestações populares pela eleição direta de um presidente civil, e, no campo da saúde, voltada para uma atenção abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais personagens sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários, os movimentos sindicais, entre outros, o que resultou no esgotamento do modelo médico assistencial privatista vigente (MEDEIROS JÚNIOR; RONCALLI, 2004).

Posteriormente, a população brasileira continuou enfrentando conflitos sociais e desigualdades, além do alto índice de desemprego. Enfrentando também filas gigantescas na busca da assistência à saúde, resultando na insatisfação popular. Nessa época, no ano de 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta contou com a intensa participação popular, sendo mais de 4000 pessoas e 1000 delas eram delegados com direito a voz e a voto (BRASIL, 1986).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada como o marco inicial da Reforma Sanitária brasileira. Com a conferência, foi possível destacar os seguintes temas: a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde, a separação de "Saúde" da "Previdência" e a orientação da política de financiamento para o setor saúde (BRASIL, 1986).

O relatório final serviu de instrumento para as responsabilidades do Estado em assegurar o direito à saúde para toda a população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços e serviu de subsídio para a elaboração da nova Constituição de Saúde do Brasil (BRASIL, 1988).

Fazendo um comparativo da retrospectiva do SUS, é possível identificar que os participantes ainda consideram a existência de filas, o atendimento precário, entretanto, a espera reduziu e parece que o acesso à Atenção Primária está mais fácil, possivelmente com a disponibilidade de mais Unidades Básicas de Saúde nos distritos. Devido a este dado observado, faz-se necessário discutir sobre uma das diretrizes do SUS: a descentralização (BRASIL, 2006a).

A descentralização tem sua aplicação através do financiamento a cargo das três esferas de governo e a execução de serviços fica a cargo dos municípios. No Brasil, esse processo envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a esfera municipal. Na década de 1990, houve uma forte aceitação dos municípios

pela municipalização devido ao desejo de aumentar a renda orçamentária de suas receitas (ARRETCHE, 2002).

Outra diretriz do SUS diz respeito ao atendimento integral, dando ênfase às ações preventivas. A integralidade é um desafio para o SUS e significa que se deve tratar cada usuário como um ser indivisível e integrante de uma comunidade. Além das ações de prevenção, têm-se também as atividades de promoção e recuperação da saúde, formando um todo indivisível que não pode ser compartimentado. Assim, as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) formam uma unidade configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, através das diversas transformações que o SUS tem desenvolvido para a melhoria do atendimento integral aos usuários, pode-se perceber que os entrevistados tem sentido essas mudanças. Foi possível identificar também que para os participantes, no presente momento, surgiu a falta de informação para encaminhamento das consultas. É preciso considerar que se vive na Era da informação, sendo este portanto um fator importante na atualidade. Associação com a vulnerabilidade social e o acesso a informação.

Com relação ao dado encontrado supracitado, no que diz respeito à falta de informação para encaminhamento de consultas e outras informações acerca da saúde, pode-se afirmar que a Internet é uma das principais tecnologias de informação e comunicação na atualidade. Esta possibilitou transformações em diferentes contextos da sociedade, inclusive na saúde. Ainda que seu acesso tenha aumentado ultimamente, a exclusão digital persiste, principalmente entre excluídos sociais (NETO; BARBOSA; MUCI, 2016).

O crescimento da tecnologia com relação à Internet está acontecendo de maneira desigual entre as populações, confirmando um fenômeno que pode ser chamado de exclusão digital. Os motivos para que esse fenômeno esteja acontecendo são vários, como: problemas econômicos, localização geográfica ou domínio da tecnologia. Dessa forma, os indicadores socioeconômicos como escolaridade e renda per capita incidem consideravelmente sobre as diferenças no acesso e uso da Internet (WAGNER et al., 2005).

Na população brasileira, o acesso à Internet tem aumentado. As pesquisas nacionais realizadas pelo “Comitê Gestor da Internet no Brasil” mostram o crescimento de 25% no acesso domiciliar a Internet entre 2008 e 2013. Apesar desta ampliação, a exclusão digital ainda persiste no país na medida em que 57% dos domicílios em 2013 não possuíam acesso à internet (NETO; BARBOSA; MUCI, 2016). Desse modo, além de trazer mecanismos de informação online é preciso preparar a população para o acesso destas, por meio da inclusão digital.

A classe 3 *Família como Base* apresenta 19,02% dos segmentos de texto. Apresenta palavras, como: filho, família esposo, marido, irmão, mãe e base. Nesta classe não houve uma predominância significativa de alguma variável. Os participantes relatam quem geralmente são os membros cuidadores na família e quem geralmente adoece. Neste contexto, a mulher cuida do marido (f=14), o cuidado fica centralizado entre os membros da família nuclear (f=13), ou seja, pais cuidam dos filhos (f=11), filhos cuidam dos pais (f=7) e Não há ocorrência de marido cuidando de esposa; a única relação é de um homem que cuida da mãe (f=1). De maneira geral, os participantes descrevem a família como a base de tudo (f=6), sendo que esta parece ser compreendida como fonte de suporte emocional. Um exemplo desta classe seria: “minha família é à base de tudo, meu esposo, meus dois filhos, meu genro, olha, geralmente sou eu que cuido dos meus doentes” (indivíduo 16, mulher, faixa etária de 60, ensino fundamental, renda de 3 salários, professora).

Na classe *Família como Base*, pode-se trazer uma reflexão acerca da importância da família para o desenvolvimento psíquico do sujeito. A família é o primeiro grupo que qualquer sujeito pertence, exercendo muita importância na estrutura do psiquismo nos primeiros anos de vida, além de contribuir na formação da personalidade durante o seu desenvolvimento. Nesse sentido, o desenvolvimento físico e psíquico pode ser influenciado pelas condições emocionais que os pais e/ou responsáveis oferecem (PRESENTE, 2019). Pensando nesta perspectiva de atendimento, através da portaria N° 648, de 28 de Março de 2006, em substituição ao Programa de Saúde da Família (PSF), estruturou-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006b), tornando a atenção à família uma estratégia contínua e permanente. Tal modelo é estruturado a partir de um caráter coletivo e integral, construído com base na articulação de diversos profissionais de saúde, e planejado com base em um viés de participação efetiva da comunidade, focado em uma perspectiva de saúde inclusiva e multidimensional (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012).

Outra reflexão importante acerca da classe 3 é a presença da mulher como cuidadora principal. No Brasil o cuidado é majoritariamente delegado às famílias (DEBERT; OLIVEIRA, 2015). Geralmente fica sob responsabilidade de um único membro da família, que na condição de cuidador informal tem que dividir essa nova função com outras obrigações de sua vida. Além da condição de familiar tem-se o gênero como o principal determinante na escolha do cuidador. Desse modo, há uma predeterminação de quem será o cuidador, tendo em vista que há uma expectativa social para que seja a mulher a assumir esse papel, o cuidado do outro e da casa são atividades consideradas como “naturalmente” femininas (SILVA; SANTANA, 2014).

A classe 4 denominada como *Processo Saúde na Infância* apresenta 18,05% dos segmentos de texto, trazendo palavras como: criança, escola, estudar, bastante e infância. É representada principalmente por indivíduos com renda de 4 salários mínimos. Relatam que a infância foi caracterizada como um período com convivência com pais e irmãos (f=9), com amigos (f=8), período tranquilo (f=8), presença de atividades ao ar livre (f=8), associado a brincadeiras (f=7), a escola (f=5), a ausência de doenças (f=5), remédio caseiro (f=5), jardim de infância (f=3), respeito pelos pais (f=3) e pais doentes (f=2). A seguir um trecho característico desta classe: “Não ia muito a hospital, a gente ficava doente e era remédio caseiro. Quando eu era criança sempre estudei em escola pública, tive muitos amigos, gostava de andar de bicicleta” (indivíduo 5, mulher, faixa etária dos 50 anos, ensino superior, renda de 4 salários mínimos, psicóloga).

Para os participantes a saúde na infância parece estar associada a relações saudáveis, vínculos familiares, brincar, o exercício do corpo e da mente e da importância do contato com o meio ambiente.

A partir do relato dos participantes com relação à fase da infância, pode-se trazer uma discussão sobre a importância do brincar nesta fase. De acordo com o autor Almeida (1998, p.35), as atividades lúdicas explicitam “[...] as relações múltiplas do ser humano em seu contexto histórico, social, cultural, psicológico, enfatizam a libertação das relações reflexivas, criadoras, inteligentes, socializadoras”. Nesse sentido, o lúdico está para além de uma simples brincadeira, mas uma necessidade importante no desenvolvimento psíquico.

Ainda, com relação ao conceito de lúdico, os autores Prado (1991, p. 78, apud SCHAEFFER, 2006) afirmam esta é uma forma de adjetivar uma atividade socialmente construída e diferenciada em cada cultura, compreendendo “[...] um conjunto complexo de elementos especificamente humanos que cria espaço de jogo entre o real e o imaginário, sendo que sua natureza se transforma conforme a cultura, a história e as condições objetivas em que o indivíduo e o grupo se inserem”. Nessa perspectiva, o lúdico exerce influência nos seguintes aspectos do desenvolvimento humano: cognitivo e afetivo.

Os participantes também trazem a presença de pais doentes, o que pode influenciar nos aspectos do autocuidado e do cuidado ao outros, bem como na preocupação com a saúde dos pais e familiares que vivem no mesmo lar. A preocupação trás a necessidade de cuidar do parente (pai, mãe, irmão e/ou responsável) mesmo na fase da infância. Dessa forma, a família aparece como fator protetivo e como um fator de risco na literatura. Esta aparente ambiguidade acontece porque a família é compreendida como um grupo social básico do indivíduo, e, dessa forma, a estrutura desta influenciará positiva ou negativamente para seu desenvolvimento. As



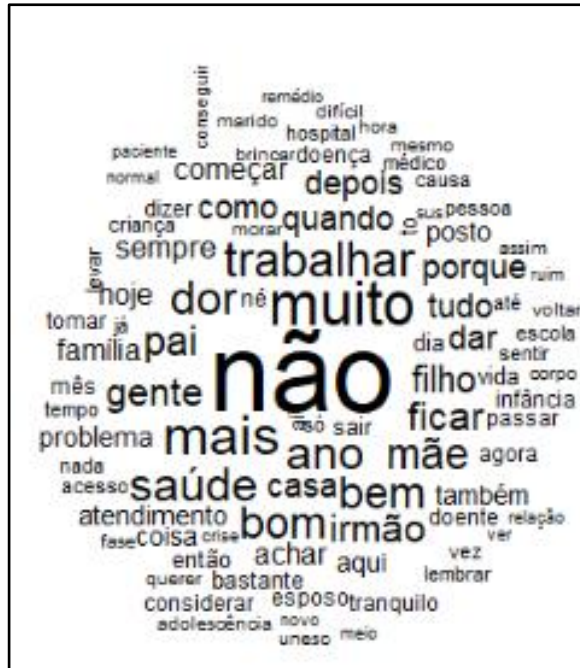
relações entre pais e filhos são fatores complexos. Por serem complexos, é muito importante o papel da promoção à saúde, por parte dos cuidadores para que se possa pensar num ambiente familiar acolhedor, de cuidado e de proteção (HAWLEY; DEHAAN, 1996).

Ainda, sobre o cuidado, a literatura mostra que o sujeito que desenvolve a responsabilidade de cuidar de algum familiar desde a infância. A literatura mostra então que a responsabilidade do cuidado deve levar em conta, no entanto, os efeitos sobre a criança que cuida e sobre a criança que é cuidada (no caso de crianças que cuidam de irmãos que também são crianças). Dessa forma, a criança que cuida de seus irmãos apresenta uma pré-disposição a se desenvolver de maneira precoce no meio social e por consequência apresenta um comportamento responsável, autônomo, com ótimas estratégias cognitivas para enfrentamento de dificuldades (LORDELO; CARVALHO, 1999). Em contrapartida, o cuidado e a responsabilidade exigida à criança pelo cuidado dos irmãos pode representar uma pressão e sobrecarga emocional para o menor (POLETTTO et al., 2004).

Os entrevistados relatam também sobre o cuidado domiciliar em período em que era menos comum a ida a hospitais e havia poucas unidades de saúde. O encontro de diversos saberes fez com que as problemáticas de saúde passassem a ser percebidas a partir de um olhar multifatorial que compreende a promoção de saúde como prática que interfere nos diversos campos do saber, influenciando-os. Logo, não cabe pensarmos em uma intervenção multidisciplinar onde cada profissional exerce seu trabalho de maneira isolada dos demais, mas sim em uma intervenção transdisciplinar, onde os diversos saberes científicos se unem ao saber popular, considerando a cultura e a formação social dos indivíduos como determinantes para sua saúde (SPINK, 2010).

Uma síntese das palavras de maior frequência pode ser observada na Nuvem de Palavras abaixo (Figura 2).

Figura 2 - Nuvem de Palavras referente ao Corpus “Saúde-doença”.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A partir da Nuvem de Palavras, a palavra “não” surge como elemento central estando associada no contexto às palavras: saúde, dor, sentir, trabalhar, ficar, passar, doença. Assim, a saúde é descrita a partir da sua negação. Em um segundo plano, estão palavras como: mãe, filho, irmão, marido, casa, pai, gente, que dizem respeito aos aspectos relacionais da saúde já descritos na Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Nesse sentido, faz-se necessário retomar os conceitos de saúde e de doença. A realidade é que não há um conceito engessado para ambos os termos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição pode ser questionada, uma vez que situações de perfeito bem-estar, físico, mental e social são questões subjetivas. O que conceitua a saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que a saúde é subjetiva, ou seja, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Além disso, depende da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas. O mesmo pode ser considerado para o conceito de doença (SCLIAR, 2007).

Conforme o que apareceu em segundo plano na Nuvem de Palavras (mãe, filho, irmão, marido, casa, pai, gente, que dizem respeito aos aspectos relacionais da saúde), pode-se trazer reflexões acerca da importância dos vínculos familiares e também na atenção à saúde para a própria saúde do sujeito. A existência de vínculos relacionais saudáveis entre membros da família, como delimitação das responsabilidades, apoio e afeto familiar, é considerada como

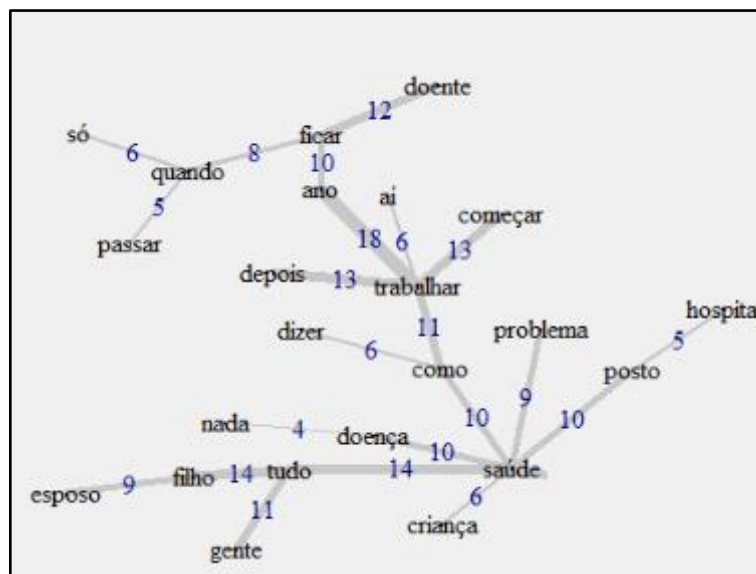
fator proteção para a saúde. (SCHENKER; MINAYO, 2005). Nesse sentido, o atendimento que focaliza a família precisa lidar e entender esse mundo de relações que a família possui. Quando se trata de família é preciso levar em consideração que se está tratando de relações e não de indivíduos (SARTI, 2004). Pensar em relações e não em indivíduos pode ser uma estratégia de melhoria do cuidado á saúde, pois de acordo com o autor supracitado, esse pensamento não vai de encontro ao modelo biomédico, distante desse universo não palpável, mas sempre atuante, das relações intersubjetivas que ocorrem no âmbito familiar.

Nesse sentido, entende-se que o vínculo é um fator importante para a atenção à saúde e desempenha um papel facilitador para o relacionamento dos usuários com os profissionais que os atendem (BRUNELLO, 2010).

O estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários que fazem uso do serviço é uma das possibilidades de se construir uma nova prática que busque a melhoria da qualidade da atenção à saúde. O vínculo é a relação duradoura entre o profissional de saúde e usuário, facilitando o cuidado duradouro e conseqüentemente a continuidade do tratamento, prevenindo agravos. Neste caso, o usuário adoecido se sente mais seguro e com a unidade de saúde por perceber que a equipe se corresponsabiliza pela sua saúde (STARFIELD, 2002).

Em um segundo momento foi feito uma análise de similitude, esta avalia a coocorrência entre as palavras, ou seja, esclarece sobre a ligação entre as palavras na associação livre realizada durante a entrevista. Assim, por exemplo, na figura 3, quando os participantes pensam em “saúde”, associam a filho (c=14), tudo (c=14), gente (c=11) e esposo (c=9).

Figura 3 - Árvore oriunda da análise de similitude do Corpus “Saúde-doença”.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

O elemento “Saúde” também se encontra relacionado às palavras: posto (c=10) e hospital (c=5). Sendo estas as estratégias que os participantes encontram para o cuidado da saúde.

O elemento “Saúde”, então, aponta ao acesso aos diferentes níveis de complexidade à saúde. Deve-se lembrar de que a Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada à saúde universal e integral à saúde, sendo que esta pode servir para evitar filas em outros níveis de complexidade à saúde.

Nessa perspectiva, deve-se pensar na diferença entre os seguintes termos: acesso e acessibilidade. A acessibilidade relaciona-se com a possibilidade das pessoas chegarem aos serviços e o acesso permitiria o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário (STARFIELD, 2002).

Ainda, o acesso compreende numa consecução do cuidado a partir das necessidades e está vinculado com a resolubilidade, extrapolando a simples dimensão geográfica e incluindo outros aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços (SOUZA, et al., 2008).

Nessa linha de pensamento, a partir das palavras que apareceram no elemento “Saúde” (posto e hospital), pode-se concluir que os participantes precisaram recorrer a média complexidade para atender às suas demandas, seja pela dificuldade ao acesso ou pela complexidade de sua demanda naquele momento.

A Saúde também se encontra relacionada à doença (c=10), e a doença por sua vez se encontra relacionada a nada (c=4). Este “nada” refere-se à ausência de resolução para a dor.

Este elemento também está relacionado a problema (c=9) e criança (c=6). Portanto, a saúde é compreendida a partir da doença e dos problemas a ela associados, sendo que a preocupação desta parece estar associada ao contexto da infância.

Dessa forma, faz-se necessário pensar em saúde desde a infância, como uma proposta de prevenção. Assim, Boarini e Borges (1998) afirmam que o período da infância é considerado como determinante na vida de qualquer pessoa e tudo o que acontece nela adquire papel fundamental na formação do futuro adulto, pois é marcada por importante desenvolvimento físico, intelectual e emocional.

Pensando no cuidado à saúde desde a infância, podemos resgatar o valor da infância a partir de uma retrospectiva do país. No Brasil é a partir do século XIX que o conceito de infância passar a ganhar novos significados e conseqüentemente uma dimensão social. Ou seja, a criança deixa de ser objeto de interesse, preocupação e ação no âmbito privado da família e da igreja para tornar-se uma questão de cunho social, de competência administrativa do Estado (RIZZINI, 2008).

Assim, com o advento da República, passa a existir um olhar mais atento à infância. Cuidar da infância passou a significar civilizar e salvar a nação (RIZZINI, 2008).

Ainda, os participantes referem que passam a cuidar da saúde quando a doença já está instalada, ou seja, o cuidado passa a ser na reabilitação e não na prevenção da doença. Por isso, é preciso fazer uma retrospectiva da história da saúde física e mental no Brasil e a importância que a sociedade deu e dá para o aspecto da prevenção.

Historicamente, as políticas de saúde estão relacionadas com os processos de urbanização e industrialização. É também no século XIX que começam a surgir medidas que objetivavam melhorar hábitos alimentares, de moradia, vestimentas que eram os principais responsáveis pelos altos índices de mortalidade da população, especialmente da população infantil. Por sua vez, no início do século XX, as leis que protegiam à infância também faziam parte da estratégia de educar o povo e sanear a sociedade. As leis visavam prevenir a desordem, à medida que ofereciam suporte às famílias nos casos em que não conseguissem conter os filhos ditos como insubordinados. Esses ditos como insubordinados poderiam ser entregues à tutela do Estado, principalmente quando a pobreza deixava de ser “digna” e a família era julgada como sendo contaminada pela imoralidade (RIZZINI, 2008).

Esse domínio do Estado pela infância no Brasil gerou um fenômeno de institucionalização dessas crianças e adolescentes e esse aspecto é refletido ainda nos dias atuais. No caso da Saúde Mental Infantil no Brasil, não existia nenhuma estrutura até o século

XIX, quando surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria com o surgimento do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro o Hospício D. Pedro II, em 1852 (RIBEIRO, 2006).

O movimento de cunho higienista no século XX teve forte influência na psiquiatria infantil brasileira. Isso porque, por mais que o olhar não estava voltado para a patologia mental propriamente dita, lançou bases para uma medicina que se preocupava com a criança e seu desenvolvimento. Nessa época, as crianças que seguiam um padrão de sociedade dito como normal eram institucionalizadas através das escolas e internatos. Já as crianças que não seguiam esse determinado padrão da sociedade, essas eram internadas nos manicômios dividindo espaço com os adultos (SINIBALDI, 2013).

Atualmente, existe um vasto número de especialistas estudam o desenvolvimento infantil, a neurologia, a psicologia, a psicanálise, a psicopedagogia, a psicomotricidade, a fonoaudiologia, entre outras tem gerado uma assistência à criança fragmentada, médica e patologizante (SINIBALDI, 2013).

A Saúde também está relacionada ao trabalho (c=11) e este parece associado a doente (c=12) e ficar (c=10). Portanto, os participantes identificam o trabalho como um fator adoecedor.

A partir da relação da saúde com o trabalho que aparece no discurso dos participantes, pode-se pensar no trabalho com potencial adoecedor para estes. Os fatores que podem estar ligados à saúde do trabalhador na atualmente estão associados com as novas modalidades e processos de trabalho. Essa organização e gestão do trabalho podem ser entendidas como um processo que permeia o modo de ser e de viver dos trabalhadores nos dias atuais. Além disso, existem as grandes transformações que vêm alterando a economia, a política e a cultura na sociedade, por meio da reestruturação produtiva e do incremento da globalização, também, influenciam em transformações na da gestão do trabalho que causam a precariedade e a fragilidade na relação entre saúde e trabalho. Tudo isso acaba repercutindo nas condições de vida do trabalhador e de sua família (OLIVEIRA, 2001).

Os trabalhadores precisam se adaptar às tecnologias e entrar numa competição social perante um mercado competitivo. Diante destas situações, o sujeito que trabalha acaba se envolvendo num processo complexo e dinâmico que abrange as condições somáticas, os processos cognitivos e emocionais, e as questões sociais (CHIAVEGATO FILHO; PEREIRA, 2004).

A combinação das inovações tecnológicas com os novos métodos gerenciais acaba gerando a intensificação do trabalho, pois se torna algo inalcançável. Tudo isso implica em vários aspectos na saúde do sujeito, como: envelhecimento prematuro, aumento do

adoecimento, morte por doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas (DIAS; HOFEL, 2005).

Dentre esses diversos danos que lesionam os trabalhadores, destacam-se as LER/DORT que já foram explicadas anteriormente. As LER/DORT contribuem para gerar diversas alterações nos vários aspectos da vida do trabalhador. Por isso, os trabalhadores adoecidos se submetem a conviver com a dor enquanto vivem e trabalham e enfrentam situações em que o reconhecimento de sua doença é colocado em dúvida (NEVES, 2006).

Além disso, a presença de dores e limitações devido à doença relacionada ao trabalho contribui para o surgimento de sintomas de demandas psicológicas, como: depressivos e de ansiedade, acompanhada de angústia e medo em relação a um futuro incerto. Essas mudanças na saúde do trabalhador acarretam na perda da sua identidade e na consequente insegurança no ambiente de trabalho, familiar e social (BURTON et al, 2002).

Apesar de o trabalhador ser o sujeito que adoece primeiro, as doenças ocupacionais também afetam seus familiares. Ou seja, a família acaba adoecendo junto com este trabalhador. As repercussões do adoecimento ultrapassam as fronteiras do local de trabalho, passando também para outros aspectos de sua vida, especialmente o familiar e social (BURTON et al, 2002).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados sociodemográficos apontam que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com grau de escolaridade em ensino médio completo. O sexo feminino se faz presente ainda no que se diz respeito a responsabilidade do cuidado ao familiar quando este fica doente. As profissões predominantes entre os participantes foram serviços gerais e administrativo. A prevalência de LER/DORT envolveu distúrbios osteomusculares relacionados ao segmento lombar da coluna vertebral, porém deve-se levar em consideração que quando os sujeitos participaram do estudo, um número considerável deles não possuía um diagnóstico médico ou Código Internacional de Doenças (CID) por estar em processo aguardando o momento da consulta, mas mostravam incapacidades relacionadas aos seus quadros considerando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Com base na análise qualitativa, o processo de saúde doença dos sujeitos está associado ao trabalho e representados pelo momento em que a dor afetou suas condições de trabalho. Os dados apontam para uma inexistência a ações preventivas à saúde do trabalhador, visto que estes se afastam do trabalho quando já estão numa condição aguda de dor. Vários aspectos podem contribuir para que os sujeitos estejam habituados pela busca apenas da reabilitação, como, por exemplo: a falta de tempo para cuidar de si, demandas familiares e excesso de trabalho, num ciclo vicioso que caracteriza uma espécie de anti-cultura da sustentabilidade do cuidado, do autocuidado, da atenção ao outro, dos aspectos de vida e trabalho, enfim, uma anti-cultura da sustentabilidade da vida.

Com relação ao acesso à saúde no passado e no presente, identificou-se que as estratégias que os participantes encontram para o cuidado atual são Unidades Básicas de Saúde e hospitais, ou seja, o elemento “saúde”, então, aponta ao acesso aos diferentes níveis de complexidade à saúde. De forma geral, os participantes percebem maior dificuldade de acesso no passado em razão de filas, espera, distância e atendimento precário. Em relação ao presente, parte dos participantes aponta a continuidade de filas, a falta de informação para encaminhamento das consultas, atendimento ainda precário e demorado. Em contrapartida, outra parte dos participantes aponta para um bom atendimento no presente, rapidez, fácil acesso, bom vínculo com os profissionais de saúde. É possível identificar que os participantes percebem as transformações no acesso à saúde pública e universal. Os participantes trazem a distância como uma dificuldade ao acesso à saúde no passado, mas não mais no presente. Este fator pode se levar ao fato da implementação da Política Nacional de Atenção Básica.



Conclui-se que maior atenção deve ser direcionada de forma a melhor adaptar as condições de trabalho às características psicofisiológicas de quem trabalha. Os aspectos psicossociais estão fortemente relacionados numa rede de conexões com as outras dimensões didaticamente separadas para melhor compreensão numa perspectiva pedagógica mas que fazem parte de um complexo sistema de interação que envolve o risco ergonômico e suas potencialidades de nocividade nos agravos por LER/DORT.

Além disso, é de extrema importância que o sujeito seja olhado de maneira integral, analisando suas demandas pessoais, sociais e profissionais. Como proposta de intervenção para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, conforme listado como um dos objetivos específicos sugere-se que haja a manutenção e ampliação do trabalho com grupos de saúde mental e de psicoeducação da dor para que os trabalhadores possam construir novos significados de saúde, de doença, bem como, aprender a lidar melhor com o autocuidado e prevenção de agravos da dor crônica envolvendo LER\DORT, cabendo a todo empregador e seus setores de apoio executar na prática todo o arcabouço legal previsto que estabelece e é indutor da promoção da saúde e prevenção de agravos.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Paulo Nunes. Educação lúdica: técnicas e jogos pedagógicos. São Paulo: Loyola, 1998.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
- ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. Educação & Sociedade, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila; ABREU, Mery Natali Silva; SOUZA, Priscila Sílvia Nunes. Prevalência de Exposição a Ruído Ocupacional em Trabalhadores Brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Cad. Saúde Pública 2019; 35(10):e00094218. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00094218>>. Acesso em: 1 nov. 2019.
- BISPO, Lucas Gomes Miranda. Avaliação da influência de riscos psicossociais e físicos no desenvolvimento de DORTs em trabalhadores da indústria de calçados. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 5, n. 11, p. 25530-25544, nov. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv5n11-213>>. Acesso em: 20 out. 2019.
- BOARINI, Maria Lúcia; BORGES, Roselânia Francisconi. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. Estudos de psicologia, Maringá, v. 3, n. 1, p. 83-108, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a05v03n1.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1986.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS. Brasília, DF, 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006a.
- BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 28 mar 2006b; Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 5 nov. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília: Editora

do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor\\_relacionada\\_trabalho\\_ler\\_dort.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BROTTO, Tullio Cesar de Aguiar; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? *Rev. bras. saúde ocup.*, v. 37, n. 126, p. 290-305, Dec. 2012. ISSN 0303-7657 (Print) 2317-6369 (Online). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000200011>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BURTON, Jo et al. Evaluating the social and economic consequences of workplace injury and illness. *New Zealand: workplace Safety and health*. 2002. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/6a63/84cd642d1fe32cf868941b13170478391b04.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Rev. Temas em Psicologia – 2013, Vol. 21, nº 2, 513-518*. Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>>. Acesso em: 21 ago 2018.

CHAISE, Fabiana Oliveira; KASTEN, Ana Paula; FURLANETTO, Tássia Silveira; PASA, Jorge; CANDOTTI, Cláudia Tarragô. Validade e reprodutibilidade do Questionário de Hábitos relacionados ao Trabalho (QHT) para trabalhadores do SAMU 192. *Revista de Terapia Ocupacional de São Paulo*, v. 27, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p199-215>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga; PEREIRA JÚNIOR, Alfredo. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos, *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n.14, p. 149-162, Fev. 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100009>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

COCCO, Vanessa Michelin. Risco ergonômico e indicadores de saúde biopsicossocial em trabalhadores de escritório. *Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Ciências da Saúde*. Porto Alegre, 2017.

COTIAN, Michela de Souza; VIELETE, Liliane; VOLCHAN, Eliane; FIGUEIRA, Ivan. Revisão sistemática dos aspectos psicossociais, neurobiológicos, preditores e promotores de resiliência em militares. *J. bras. psiquiatr.* vol.63 no.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000009>>. Acesso em: 24 maio 2018.

DEBERT, Guita Grin; OLIVEIRA, Amanda Marques de. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 18, p. 7-41, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-33522015000400007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-33522015000400007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 5 ago 2019.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2005 dez; 10(4): 817-827

DIAS, Maria Dionísia do Amaral. A saúde de trabalhadores jovens como indicador psicossocial da dialética exclusão/inclusão: estudo de caso com jovens operárias em indústrias de confecção. São Paulo, 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_trabalhadores\\_jovens.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhadores_jovens.pdf)>. Acesso em: 5 ago 2019.

FERNANDES, Márcia Astrês et al. Prevalência de transtornos de ansiedade como causa da ausência de trabalhadores. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2213-2220, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001102213&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102213&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 nov 2019.

FREITAS, Patrícia Pinheiro de, et al. Excesso de peso e ambiente de trabalho no setor público municipal. *Rev. Nutr.*, Campinas, 29(4):519-527, jul./ago., 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000400007>>. Acesso em: 1 nov 2019.

GHISLENI, Angela Peña, et al. Trabalhador Contemporâneo e Patologias por Hipersolicitação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 18(2), pp.171-176, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000200004>>. Acesso em 20 out 2019.

GHISLENI, Angela Peña; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000200004>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

GIOVANELLA, Ligia, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014)>. Acesso em: 4 nov 2019.

GONÇALVES, Vivianne Oliveira; MARTÍNEZ, Juan Parra. Imagem corporal de adolescentes: um estudo sobre as relações de gênero e influência da mídia. *Comunicação & Informação*, v. 17, n. 2, p. 139-154, 15 dez. 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/ci/article/view/31792/17625>>. Acesso em 20 out 2019.

HAEFFNER, Rafael et al. Absenteísmo por distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do Brasil: milhares de dias de trabalho perdidos. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 21, e180003, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180003>>. Acesso em 20 out 2019.

HARTMAN, Beatriz Cristine, et al. Panoramas da Fisioterapia: problematizando a fisioterapia social. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*, 2017, v. 4, n. 8. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1549>>. Acesso em: 1 nov 2019.

HAWLEY, Dale; DEHAAN, Laura. Toward a definition of family resilience: Integrating life span and family. *Family Process*, 35, 283-298, 1996. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9111710>>. Acesso em: 1 nov 2019.

Instrução Normativa INSS/DC Nº 98 de 05 de Dezembro de 2003. Dispõe sobre atualização clínica das Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados Ao Trabalho (DORT). *Diário Oficial da União* 2003; 05 dez. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/imagens/paginas/38/inss-dc/2003/anexos/IN-DC-98-ANEXO.htm>>. Acesso em: 19 jul 2019.

KROEMER, Karl; GRANDJEAN, Etienne. Manual de ergonomia: Adaptando o trabalho ao homem. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

KUNDA, Richard; FRANTZ, Josè.; KARACHI, Farhana. Prevalence and ergonomic risk factors of work-related musculoskeletal injuries amongst underground mine workers in Zambia. *Journal of Occupational Health*, v. 55, n. 3, p. 211–217, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23585497>>. Acesso em 29 jul 2018.

LIRA, Ariana Galhardi et al. Social media consume, media influence and body dissatisfaction among Brazilian female adolescents. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 66, n. 3, p. 164-171, 2017.

LONGEN, Willians Cassiano. Ginástica laboral na prevenção de LER/DORT? Um Estudo reflexivo em uma linha de produção [dissertação]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2003.

LORDELO, Eulina da Rocha; CARVALHO, Ana Maria Almeida. Um estudo naturalístico sobre comportamento de cuidado entre crianças pré-escolares. *Biotemas*, 12(1), 7-30. 1999.

LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira da, et al. Prevalência e Fatores Associados à Dor Musculoesquelética em Trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza. *Texto Contexto Enferm.*, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt\\_0104-0707-tce-26-02-e00870016.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e00870016.pdf)>. Acesso em: 20 out 2019.

MAENO, Maria. Reinscrição de trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos no mercado de trabalho. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MAENO, Maria, et al. Qualidade de Vida de Trabalhadores com LER/DORT e Lombalgia Ocupacional Atendidos no Cerest de Guarulhos, São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* v. 41, n. 19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e19.pdf>>. Acesso em: 13 mar 2020.

MARAGNO, Tânia Solange Bosi de Souza; LISBOA, Marcia Tereza Luz; GRIEP, Rosane Harter; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; GUIDO, Laura de Azevedo. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 429-435. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300019>>. Acesso em: 2 jul 2019.

MEDEIROS JÚNIOR, Antonio; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Políticas de saúde no Brasil. In: FERREIRA, Maria Ângela Fernandes; RONCALLI, Angelo Giuseppe; LIMA, Kenio Costa. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN, 2004. p. 249-259.

MERSKEY, Harold. Psychological Factors in Musculoskeletal Disorders. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 1996.

MORAES, Paulo Wenderson Teixeira; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. Os Sintomas de LER/DORT: um Estudo Comparativo entre Bancários com e sem Diagnóstico. *Psicologia: Ciência e Profissão* Jul/Set. 2017 v. 37 n°3, 624-637. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703001862016>>. Acesso em: 2 jul 2019.

MPS - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Saúde e segurança do trabalho: Estudo da Previdência Social indica mudança nas causas de afastamento do trabalho. 2014. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/2014/04/saude-e-seguranca-do-trabalho-estudo-da-previdencia-social-indica-mudanca-nas-causas-de-afastamento-do-trabalho/>>. Acesso em: 2 jul 2018.

NEETO, André Pereira; BARBOSA, Leticia; MUCI, Stephanie. Internet, geração Y e saúde: um estudo nas comunidades de Manguinhos (RJ). *Comun. & Inf.*, Goiânia, GO, v. 19, n. 1, p. 20-36, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Internet-geracao-y-e-saude.pdf>>. Acesso em: 20 out 2019.

NEGRI, Júlia Raquel. Perfil Sociodemográfico e Ocupacional de Trabalhadores Com LER/DORT: estudo epidemiológico. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. v.38, n.3, p.555-570 jul./set. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5327/Z0100-0233-2014380300005>>. Acesso em: 1 nov 2019.

NEVES, Ilídio Roda. LER: trabalho, exclusão, dor, sofrimento e relação de gênero. Um estudo com trabalhadoras atendidas num serviço público de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1257-1265, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600015>>. Acesso em: 15 abr 2019.

OLIVEIRA, Regina Márcia Rangel. A abordagem das Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER / DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

PAFARO, Roberta Cova; MARTINO, Milva Maria Figueiredo de. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200005>>. Acesso em: 28 jul 2019.

POLETTI, Michele. Resiliência e Desenvolvimento Infantil de Crianças que Cuidam de Crianças: uma visão em perspectiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Set-Dez 2004, Vol. 20 n. 3, p. 241-250. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n3/a05v20n3>>. Acesso em: 20 out 2019.

PORTO, Adriana; ELESBÃO, Liliane Fardin; LOPES, Luis Felipe Dias. Prevalência de Estresse Ocupacional: um estudo entre os servidores públicos associados/representados pelo SINTERGS. *RMIC*, v. 4, n. 1. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<https://www.ulbracds.com.br/index.php/rmic/article/view/2172>>. Acesso em: 15 jul 2019.

RAICH, Rosa Maria. Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide, 2000. Disponível em: <<https://www.casadellibro.com/libro-imagen-corporal-conocer-y-valorar-el-propio-cuerpo/9788436814422/700378>>. Acesso em: 29 set 2019.

RANASINGHE, Priyanga. et al. Work related complaints of neck, shoulder and arm among computer office workers: a cross-sectional evaluation of prevalence and risk factors in a developing country. *Environ health*, v. 10, n. 1, p. 70, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21816073>>. Acesso em: 1 nov 2019.

RIBEIRO, José L. Pais; HONRADO, Ana; LEAL, Isabel. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Rev. Psicologia, Saúde & Doenças*, 2004, 5 (2), 229-239. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>>. Acesso em: 21 ago 2018.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da Saúde Mental Infantil: a criança brasileira da colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 1 maio 2019.

RIZZINI, Irene. O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, Aparecida de Faria Gil, et al. Incidência de LER/DORT em trabalhadores de Enfermagem. *Acta Sci. Health Sci. Maringá*, v. 30, n. 1, p. 19-25, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226622004>>. Acesso: 1 nov 2019.

SANCHES, Elizabeth Navas et al. Organização do trabalho, sintomatologia dolorosa e significado de ser portador de LER/DORT. *Psicologia Argumento*, v. 28, n. 63, 2017.

SANTOS, Heleodário Honorato dos. Abordagem Clínica e Psicossocial das Lesões por Esforços Repetitivos LER/DORT. *Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 28 (105/106): 105-115, 2003.

SANTOS, Luiza Gomes; MADEIRA, Cristã; LONGEN, Willians Cassiano. Prevalência de Dor Espinhal Auto referida no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde. *Coluna / Columna*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 198-201, setembro de 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/s1808-185120171603165890>>. Acesso em: 20 de out de 2020.

SARTI, Cynthia Andersen. A Família Como Ordem Simbólica. *Psicologia USP*, 2004, 15(3), 11-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n3/24603>>. Acesso em: 20 out 2019.

SCHAEFFER, Edna Heloisa. O jogo matemático como experiência de diálogo: análise fenomenológica da percepção de professores de matemática. Maringá: UEM, 2006 (dissertação de mestrado).

SCHENKER Miriam; MINAYO, Maria Cecília Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Cienc Saúde Colet*. 2005;10(3):707-17.

SCHILDER, Paul. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 20 out 2019.

SILVA, Bernadete Monteiro da, et al. Jornada de Trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 442-448. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300008>>. Acesso em: 15 out 2019.

SILVA, Rosa Maria Fernambel Marques; SANTANA, Rosimeire Vieira. Diagnóstico de enfermagem “tensão do papel de cuidador”: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2014.

SINIBALDI, Barbara. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. *Revista de Psicologia da UNESP* 12(2), 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n2/a05.pdf>>. Acesso em: 1 nov 2019.

SIQUEIRA, Anna Carolina Arena; COUTO, Márcia Thereza. As LER/DORT no contexto do encontro simbólico entre pacientes e médicos peritos do INSS/SP. *Rev. Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.3, p.714-726, 2013. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/06.pdf)>. Acesso em: 5 jul. de 2018.

SOLANO, João Paulo Consentino. Fracasso crônico no tratamento da dor crônica? A influência silenciosa da personalidade e seus transtornos. *Tendências e Reflexões*. Ed. 4, v. 21, n. 2, p. 93-100. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103839/102327>>. Acesso em: 20 out 2019.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, Set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 mar 2020.

SPINK, Mary Jane P. *Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade*. Quaderns de psicologia, v. 12, n. 1, p. 0041-056, 2010.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

UCHOA, Francisco NM et al. Media influence and body dissatisfaction in Brazilian adolescents. *Biomed Res*, v. 28, n. 6, p. 2445-51, 2017.

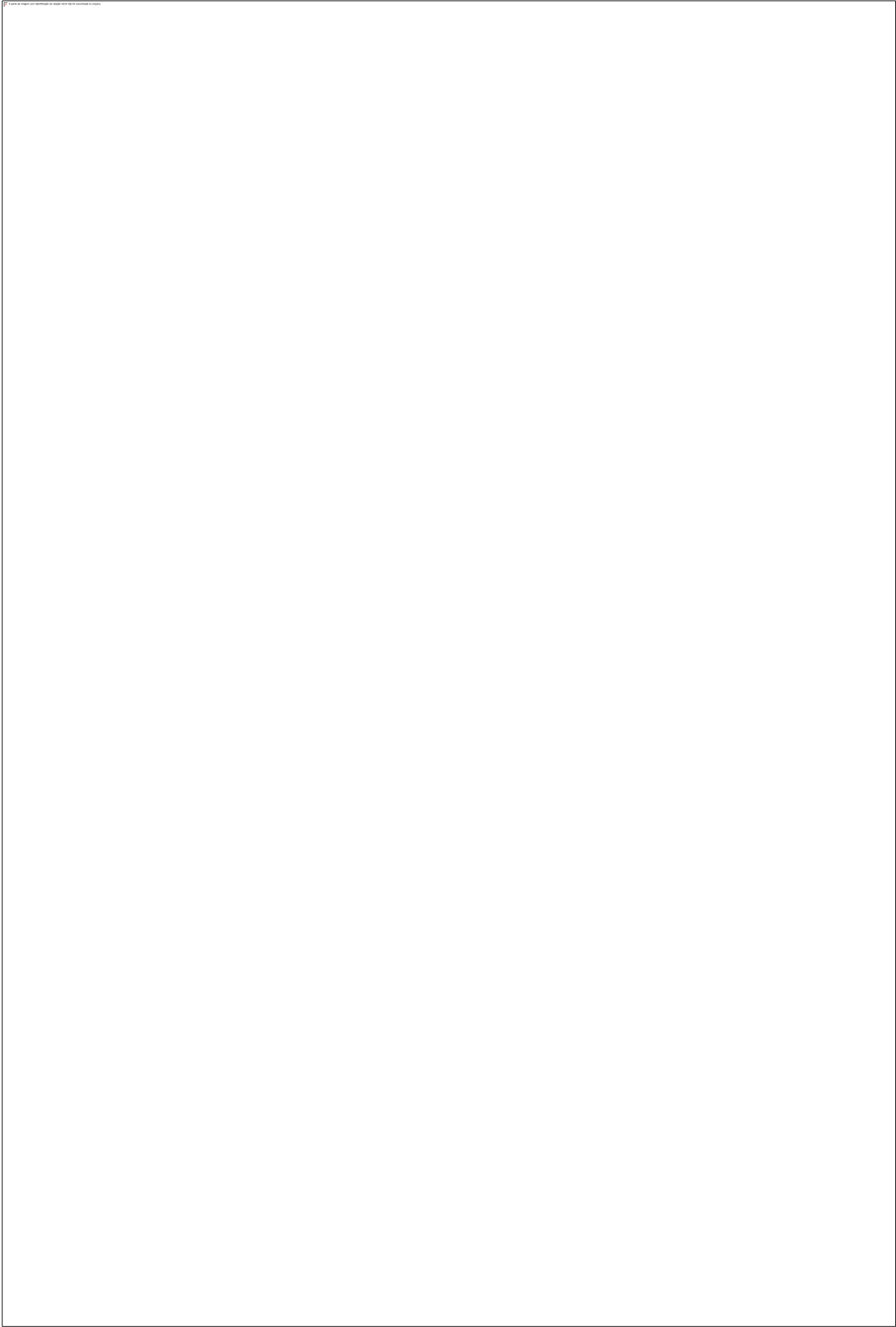
VENTURA, Deisy de Freitas Lima. Direito institucional sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org.). *Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 261-299. v. 1.

ZWIRTES, Daiane Letícia Roos, et al. Perfil dos Pacientes Atendidos em um Centro de Referência. *Anais do 8º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão – Universidade Federal do Pampa*, 2017. Disponível em: <<http://200.132.146.161/index.php/siepe/article/view/20099/7950>>. Acesso em: 15 out 2019.

WAGNER, Todd, et al. Free Internet, the digital divide, and health information. *Medical Care*, v.43, n. 4, p. 415-420, Abr 2005.



**ANEXO A – CARTA DE ACEITE**



## ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS RELACIONADOS AO TRABALHO

### (QHT)

#### NÚCLEO IDENTIFICAÇÃO – Q1 ATÉ Q6

Sexo:

( ) Masculino ( ) Feminino

1. Qual sua idade? \_\_\_\_\_

2. Qual sua cor?

( ) branca ( ) preta

( ) parda ( ) amarela/índigena

3. Qual a sua altura (m)? \_\_\_\_\_

4. Qual seu peso (Kg)? \_\_\_\_\_

5. Houve variação no seu peso desde o início da função até os dias de hoje?

( ) não alterou ( ) aumentou, quantos Kg?

\_\_\_\_\_

( ) diminuiu, quantos Kg? \_\_\_\_\_

6. Qual a sua escolaridade?

( ) Ensino Fundamental Completo (1º grau)

( ) Ensino Fundamental Incompleto (1º grau)

( ) Ensino Médio Completo (2º grau)

( ) Ensino Médio Incompleto (2º grau)

( ) Ensino Superior Completo

( ) Ensino Superior Incompleto

( ) Pós-Graduação Completa

( ) Pós-Graduação em andamento

\*Estuda no momento? ( ) SIM, o quê?

\_\_\_\_\_ ( ) NÃO

#### NÚCLEO OCUPACIONAL HLJT – História Laboral e Jornada de Trabalho – Q7 À Q15

7. Qual sua profissão?

\_\_\_\_\_

8. Qual o seu cargo atualmente?

\_\_\_\_\_

9. Há quanto tempo você trabalha nesse cargo?

\_\_\_\_\_

10. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

\_\_\_\_\_

11. Qual é o seu regime de trabalho neste serviço?

( ) 6 horas diárias ( ) 8 horas diárias

( ) plantão de 12 horas

( ) plantão de 24 horas ( ) outro, qual?

\_\_\_\_\_

12. No último mês você fez horas extras neste serviço?

( ) Não ( ) Sim ( ) Quantas?

\_\_\_\_\_

13. Quais são seus turnos de trabalho habituais neste serviço?

( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

( ) Alternado/intercalado, como?

\_\_\_\_\_

14. Você possui outro vínculo de trabalho?

( ) não ( ) sim

15. Qual é sua carga horária mensal (incluindo todos seus vínculos de trabalho)?

\_\_\_\_\_

#### NÚCLEO OCUPACIONAL RFQBE - Riscos Físicos, Químicos, Biológicos e Ergonômicos – Q16 e Q17

16. Marque com um X com que frequência você tem contato/exposição com os itens abaixo listados no desempenho de sua função:

Contato/ Exposição	Nunca	Algumas Vezes	Sempre
Calor excessivo			
Frio excessivo			
Ruído/Barulho			
Vibrações			
Sangue			
Secreções			
Material perfuro-cortante			
Outro?			

17. Marque um X com que frequência sua função exige:

Exigência da Função	Nunca	Algumas Vezes	Sempre
Movimentos repetitivos			
Rapidez na execução de tarefas			
Esforço físico			
Trabalho sentado			
Trabalho em pé			
Concentração/Atenção exclusiva na tarefa			

Uso do computador			
Atuação em diferentes espaços físicos de trabalho durante a tarefa desempenhada no seu serviço			
Outra?			

**NÚCLEO OCUPACIONAL EORT – Estresse, Organização e Relações de Trabalho – Q18 A 21**

18. Marque com um X a frequência que você se sente estressado no trabalho em relação a:

Organização e Relações de Trabalho	Nunca	Algumas Vezes	Sempre
Tomada de decisão			
Tempo e velocidade na realização do trabalho			
Trabalho em equipe			
Relação com a chefia			
Remuneração			
Jornada de trabalho			
Pressão para produtividade			
Restrição do Sono			

19. Você tem pausa/descanso durante a execução de suas tarefas no seu serviço?

( ) Nunca ( ) Algumas vezes

( ) Sempre

20. No último ano você teve algum (ns) problema(s) de saúde mental? Qual (is)?

21. Você faz uso de medicamentos para esse problema?

( ) não ( ) sim, qual (is) medicamentos?

**NÚCLEO OCUPACIONAL DAT - Doenças e Acidentes de Trabalho – Q22 À Q25**

22. Você já se afastou do trabalho por motivo de doença?

( ) não ( ) sim, qual(is) a(s) doença(s)?

23. Quanto tempo (em dias) no último ano, você se afastou do trabalho por motivo de doença?

24. Durante o desempenho de sua função você já sofreu:

( ) Acidentes de trabalho com material perfuro-cortante

( ) Agressão moral

( ) Contaminação por substâncias químicas

( ) Agressão física

( ) Contaminação por substâncias biológicas

( ) Acidente automobilístico

( ) Nenhum dos eventos relacionados

( ) Outro, qual?

25. No último ano, quantas vezes você sofreu algum desses acidentes do trabalho?

**NÚCLEO CARDIOVASCULAR – Q26 À Q30**

26. Marque com um X os sintomas e as doenças cardiovasculares relacionadas abaixo:

Sintomas e Doenças Cardiovasculares	Você já teve	Você teve e Ainda tem	Você tem
Angina Estável			
Angina Instável			
Insuficiência cardíaca			
Aneurisma			
Infarto			
Arritmia cardíaca			
AVC			
Colesterol Alto			
Diabetes			
Hipertensão Arterial Sistêmica			
Outra?			

27. Você faz tratamento medicamentoso para alguma dessas doenças mencionadas acima?

( ) não ( ) sim, que medicamentos utiliza?

\*horários das medicações:

\_\_\_\_\_

28. Você possui parente de primeiro grau masculino com menos de 55 anos ou feminino com menos de 65 anos que teve doença cardíaca ou acidente vascular cerebral?

( ) não ( ) sim

29. Você é fumante?

( ) não ( ) sim, há quanto tempo fuma?

\_\_\_\_\_

quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_

( ) parou de fumar, há quanto tempo parou?

\_\_\_\_\_

30. Você realiza algum exercício físico?

( ) não ( ) sim, qual? há quanto tempo?

\_\_\_\_\_

Se sim, com que frequência você realiza esse exercício físico?

( ) 1 vez/semana ( ) 2 vezes/semana

( ) 3 vezes/semana ( ) 4 vezes/semana

( ) 5 vezes/semana

( ) todos os dias da semana

### NÚCLEO OSTEOMUSCULAR – Q31 À Q33

31. No último ano você teve algum distúrbio osteomusculares relacionado ao trabalho? ( ) não ( ) sim

Se sim, marque qual dos distúrbios osteomusculares listados abaixo você teve no último ano?

( ) Hérnia de Disco ( ) Artrose

( ) Bursite ( ) Tendinite

( ) Sinovite ( ) Tenossinovite

( ) Epicondilite ( ) Outro, qual?

32. Nos últimos três meses, você apresentou dor em alguma região do corpo? Qual a intensidade e frequência dessa dor? Marque com um X na tabela abaixo:

Região	Frequência			Intensidade		
	Sem pre	Alg um as vezes	Rara ment e	Fr ac a	Mod erada	Fo rte
Cabeça						
ATM						
Cervical						
Dorsal						
Ombro						

Lombarr						
Cotovelo						
Punho						
Quadril						
Joelho						
Tornozelo/pé						

--	--

--	--

33. Você faz uso de medicamentos para essa dor ou desconforto?

( ) não ( ) sim, qual (is) medicamento (s)? \_\_\_\_\_

Qual a frequência de uso e a dosagem (mg, via oral, intramuscular, etc)? \_\_\_\_\_

## ANEXO C - ESCALA EADS 21

EADS-21 - Nome _____		Data ____/____/____			
<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i></p> <p>0- não se aplicou nada a mim  1-aplicou-se a mim algumas vezes  2- aplicou-se a mim de muitas vezes  3- aplicou-se a mim a maior arte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**ANEXO D – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA**

- 1. O que é família para você?**
- 2. Para você, o que é saúde?**
- 3. O que é doença para você?**
- 4. Quem são as pessoas que compõe a sua família?**
- 5. Quais são os membros cuidadores da sua família?**
- 6. Quem são as pessoas que geralmente adoecem na sua família?**
- 7. Como era o atendimento quando criança?**
- 8. Quem levava você ao medico?**
- 9. Onde levavam? Quais redes você acessava na infância?**
- 10. E como é hoje? Como é o atendimento hoje?**
- 11. Quais redes você acessa hoje?**
- 12. Como é a sua relação com as redes de saúde?**
- 13. Conte-me quando surgiram as duas dores. Desde quando? Qual foi o motivo?**
- 14. Qual é o significado de DOR para você?**
- 15. Conte-me sobre a sua trajetória laboral.**
- 16. Conte-me sobre a sua adolescência.**
- 17. E sobre a sua vida atual, o que você tem a me dizer?**

## ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNESC (CEP)



### RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.923.824

CAAE: 98338818.5.0000.0119

**Pesquisador (a) Responsável:** Willians Cassiano Longen

**Pesquisador (a):** STEPHANE CATHARINE ZAVADIL

**Título:** "COMPREENSÃO DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS PRESENTES NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NOS TRABALHADORES COM LER/DORT"

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 27 de setembro de 2018.

**Renan Antônio Ceretta**  
Coordenador do CEP





## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa: Compreensão dos Aspectos Psicossociais Presentes no Processo Saúde-Doença nos Trabalhadores com LER/DORT**

**Objetivo: Analisar os aspectos psicossociais envolvidos em trabalhadores que desenvolveram LER/DORT atendidos em um núcleo de promoção e reabilitação em um município no sul de Santa Catarina.**

**Período da coleta de dados: 10/11/2018 a 10/03/2019**

**Tempo estimado para cada coleta: 2 horas**

**Local da coleta: Núcleo de Promoção e Atenção Clínica à Saúde do Trabalhador (NUPAC-ST)**

**Pesquisador/Orientador: Prof. Dr. Willians Cassiano Longen**

**Telefone: (48) 99988-3358**

**Pesquisadora: Stephane Catharine Zavadil**

**Telefone: (48) 99936-1850**

**Programa de Pós Graduação: Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - UNESC**

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

### DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

As informações que serão utilizadas na pesquisa dizem respeito às questões ocupacionais (tempo de serviço, cargo e categoria, acidentes de trabalho), assim como idade, nível de escolaridade, questões de saúde física e mental e outros aspectos psicossociais envolvidos. O (a) Sr. (a) também será solicitado a responder o Questionário de Hábitos relacionados ao Trabalho (QHT), bem como será aplicação da Escala EADS 21 que será possível identificar se há sintomas de estresse, ansiedade e depressão.

Este trabalho se refere à dissertação de mestrado da psicóloga **Stephane Catharine Zavadil**, CRP nº 12/16503 (fone: 48 99936-1850). A coleta de dados será realizada pela pesquisadora mestranda e por bolsistas do Núcleo de Promoção e Atenção Clínica a Saúde do Trabalhador (NUPAC-ST). O trabalho está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da UNESC e é orientado pelo professor responsável **Willians Longen** (fone: 48 99988-3358). **O telefone do Comitê de Ética é (48) 3431.2723.**



### RISCOS

Não são conhecidos riscos quanto aos procedimentos propostos, contudo, o (a) Sr (a) poderá se sentir desconfortável frente a algumas questões relacionadas à sua saúde e estilo de vida, assim como quanto a suas características físicas e psicológicas atuais. Além disso, por se tratar de um questionário extenso e de aplicação de instrumentos, poderá se sentir cansado.

### BENEFÍCIOS

O estudo não prevê benefícios individuais, mas trará informações coletivas (e individualmente sigilosas) que poderão contribuir para que seja possível oferecer propostas de intervenções para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores com LER/DORT, levando em consideração os resultados obtidos.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Stephane Catharine Zavadil, pelo telefone (48) 99936-1850 e/ou pelo e-mail stephaneecz@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

### ASSINATURAS

Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Assinatura</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Assinatura</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>

Criciúma (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.