



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**



ANA CLARISSA LOPES SILVA

**FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORES
CELETISTAS E ESTATUTÁRIOS COM DOENÇAS
MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO
TRABALHO**

**SALVADOR
2011**

Ficha Catalográfica elaborada pela BUS – Biblioteca Universitária de Saúde da UFBA

S586 Silva, Ana Clarissa Lopes
Funcionalidade de trabalhadores celetistas e estatutários
com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho /
Ana Clarissa Lopes Silva. – Salvador, 2011.
130 f.

Orientador: Lauro Antonio Porto.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Faculdade de Medicina, 2011.

1.Doenças musculoesqueléticas. 2.Doenças profissionais.
3.Trabalhadores. I.Universidade Federal da Bahia.Faculdade
de Medicina. II.Porto, Lauro Antonio. III.Título.

CDU 616-057

ANA CLARISSA LOPES SILVA

**FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORES
CELETISTAS E ESTATUTÁRIOS COM DOENÇAS
MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO
TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Professor-orientador: Lauro Antonio Porto

**SALVADOR
2011**

COMISSÃO EXAMINADORA

MEMBROS TITULARES:

Cassia Maria Buchalla, professora associada do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo (USP), doutora em Saúde Pública (1993).

Lauro Antonio Porto, (professor-orientador), professor adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutor em Medicina e Saúde Pública (2006).

Rita de Cássia Pereira Fernandes, professora adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, doutora em Saúde Pública (2004).

AGRADECIMENTOS

O mestrado é uma grande realização e muitos colaboraram para o enriquecimento e desenvolvimento da pesquisa. Então, gostaria de atribuir essa conquista a todos que contribuíram para a concretização desse trabalho. Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus que sempre está comigo, iluminando minha vida e tornando tudo possível.

Aos meus pais e avós, por serem meu exemplo de vida e minha inspiração para buscar o sucesso.

Aos meus irmãos e meu noivo, por terem sempre me apoiado quando foi preciso.

A meu orientador Lauro Antonio Porto que sempre esteve disposto a fazer o seu melhor e aprimorou meus conhecimentos.

A minha co-orientadora Denise Nunes obrigada pelos ensinamentos em estatística e pelos diversos encontros.

A Mônica Angelim que foi praticamente uma orientadora junto com Lauro. Fez grandes contribuições com sua brilhante inteligência.

Aos doutores do Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho (MSAT) o aprendizado com as disciplinas superaram as expectativas e foram muito além do campo da saúde. Em especial, ao professor Paulo Pena, coordenador do MSAT, pela dedicação com que conduz o mestrado.

A Rita Fernandes e Cássia Buchalla por terem participado da banca examinadora.

Ao professor Fernando Carvalho pela participação do processo de qualificação. As sugestões feitas ajudaram a nortear o estudo.

Ao grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: Saúde, Trabalho e Funcionalidade, obrigada pelas discussões científicas.

Aos colegas e amigos do MSAT aprendi muito com todos vocês.

As instituições: AMBDOR (HUPES/UFBA), CESAT, SERTO/ EBMSP, Tribunal Regional do Trabalho 5^a Região pela disponibilização dos registros que possibilitaram as análises de dados.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de estudo fornecida.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia que financia o grupo de pesquisa.

A todos a minha imensa gratidão!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1. FENÔMENO LER/DORT	12
2.2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	14
2.3. CONTEXTO SOCIAL	15
2.4. AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO DA INCAPACIDADE E FUNCIONALIDADE	16
3. OBJETIVOS	20
3.1. OBJETIVO PRINCIPAL	20
3.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	20
4. ARTIGO I: ESTADO DE SAÚDE DE TRABALHADORES COM DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO	21
5. ARTIGO II: FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORAS ESTATUTÁRIAS E CELETISTAS COM DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO	44
6. ARTIGO III: CORRELAÇÃO ENTRE DOMÍNIOS DE FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORAS CELETISTAS E ESTATUTÁRIAS COM DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO	65
7. DISCUSSÃO	85
8. CONCLUSÕES	89
9. REFERÊNCIAS	90
10. APÊNDICE CORE SET LER/DORT	94
11. ANEXO	120
ANEXO A PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	120
ANEXO B QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE MOS SF-36	122
ANEXO C QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE (HAQ)	128

ÍNDICE DE TABELAS

ARTIGO 1

TABELA 1. Categorias das funções do corpo de trabalhadores com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidos em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009 41

TABELA 2. Categorias das atividades e participação de trabalhadores com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidos em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009 42

TABELA 3. Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36) e Avaliação de Estado de Saúde (HAQ) de trabalhadores com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidos em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009 43

ARTIGO 2

TABELA 1. Índices dos domínios das funções e estruturas do corpo das trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, 2007 a 2009 62

TABELA 2. Índices dos domínios das atividades e participação das trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009 63

TABELA 3. Índices dos domínios dos fatores ambientais das trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009 64

ARTIGO 3

TABELA 1: Correlação entre os domínios das atividades e participação com as funções mentais e sensoriais e dor das trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009 81

TABELA 2: Correlação entre domínios do fator ambiental com as funções mentais e sensoriais e dor das trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009 82

ÍNDICE DE FIGURAS

ARTIGO 3

FIGURA 1. Correlação entre funções mentais e sensoriais e dor das trabalhadoras celetistas com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009 83

FIGURA 2. Correlação entre funções mentais e sensoriais e dor das trabalhadoras estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009 84

RESUMO

SILVA, A.C.L. Funcionalidade de trabalhadores celetistas e estatutários com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

As doenças musculoesqueléticas (DME) relacionadas ao trabalho impactam nas dimensões biopsicossocial dos indivíduos e geram prejuízos econômicos, representados tanto pelo afastamento da atividade laboral, como por gastos com tratamentos das afecções. Objetivou-se descrever e analisar a funcionalidade e incapacidade de trabalhadores celetistas e estatutários com DME. Para isto, um estudo de corte transversal foi realizado com 44 trabalhadores atendidos por serviços especializados de saúde da Bahia, utilizando-se um Protocolo de Avaliação de Funcionalidade composto por uma seleção de categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) – Core Set LER/DORT, pelo Questionário de Avaliação de Estado de Saúde (HAQ) e pelo Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36). Os dados foram alocados e analisados por meio de testes não paramétricos para amostras independentes. Os escores do SF-36 e do HAQ indicaram uma pior qualidade de vida e maior dificuldade para realização de atividades cotidianas dos trabalhadores do estudo, em relação a outras pessoas com doenças musculoesqueléticas a nível internacional. Entretanto, as pontuações, encontradas neste estudo, foram similares às obtidas para brasileiros com DME. Trabalhadoras celetistas e estatutárias apresentaram diferenças nas funções mentais, sensoriais e dor e da pele, nas estruturas relacionadas ao movimento, na aplicação do conhecimento, nas tarefas e exigências gerais, na mobilidade, nos autocuidados, nas interações e relacionamentos, na vida comunitária, social e cívica, bem como no ambiente natural e modificações feitas pelo homem. Tal evidência indica uma pior funcionalidade das trabalhadoras celetistas. Pouco apoio institucional, baixa renda salarial, assistência à saúde precária e reabilitação ocupacional realizada de modo inadequado podem ter contribuído para a condição de saúde desfavorável das celetistas. As correlações positivas encontradas entre as funções mentais e sensoriais e de dor sinalizaram que quanto maior foram as deficiências sensoriais, maior foi o sofrimento psíquico das trabalhadoras celetistas e estatutárias. As correlações entre os domínios da saúde das trabalhadoras celetistas apontaram que o sofrimento psíquico pode ter repercutido em mais dificuldades para execução de tarefas do cotidiano, assim como as barreiras como temperatura, vibração e atitudes podem ter gerado deficiências nas funções mentais e sensoriais e dor.

PALAVRAS-CHAVES: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, Funcionalidade, Trabalhadores.

1. INTRODUÇÃO

A dor de caráter musculoesquelético provoca impactos socioeconômicos, no lazer bem como na efetividade do desempenho das tarefas da vida diária^{6,25}. Dentre as patologias que causam dor musculoesquelética encontram-se as doenças musculoesqueléticas (DME) relacionadas ao trabalho. Estas têm gerado o aumento dos gastos com a saúde e sua sintomatologia promove ainda limitação no lazer, na capacidade funcional e na estabilidade emocional⁸, levando muitas vezes ao afastamento temporário ou permanente do trabalho²¹.

As DME relacionadas ao trabalho são uma preocupação no Brasil e no mundo, já que estas doenças tendem à cronicidade e a reabilitação dos trabalhadores demanda a articulação intersetorial entre os atores sociais responsáveis. No entanto, as instituições que participam no processo de reabilitação possuem políticas distintas, o que dificulta a comunicação entre os atores sociais e muitas vezes se constitui barreira para o retorno ao trabalho¹⁷.

As LER/DORT geram, muitas vezes, incapacidade para o trabalho que engloba um complexo emaranhado de problemas nas funções e estruturas do corpo e da mente, limitações nas atividades e participação social. A situação de incapacidade sofre a influência da atuação dos sistemas da saúde, da previdência, da legislação e das condições de trabalho nas quais o indivíduo está inserido¹⁶.

Os diversos aspectos que envolvem a incapacidade de trabalhadores demonstram a necessidade de ferramentas que avaliem não somente a incapacidade como também as funções e estruturas preservadas e a capacidade para a execução de tarefas e, ainda, as barreiras e os facilitadores que existem no cotidiano dos trabalhadores. Instrumentos que englobem esses aspectos são importantes na contemporaneidade, pois permitem uma abordagem avaliativa que pode favorecer o retorno ao trabalho. Este processo implica também a produção de novas tecnologias em saúde, a partir de abordagens interdisciplinares, que propiciem a visibilidade não só do adoecimento, mas especialmente, da interação entre o sujeito doente e o contexto, com foco não apenas na deficiência/incapacidade, mas na funcionalidade, auxiliando a comunicação entre os atores

sociais, processos de negociação e construção de novos consensos sociais em torno da reabilitação¹⁵.

Este estudo faz parte de um projeto mais amplo voltado para a construção e validação de ferramentas para avaliação de incapacidade/funcionalidade de trabalhadores com DME.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FENÔMENO DAS LER/DORT

Para Bernardino Ramazzini, citado por Mendes, os problemas causados pela atividade laboral mineira eram decorrentes dos fatores naturais: natureza lesiva das substâncias e poeiras irritantes ao organismo humano, assim como os danos gerados às estruturas corporais com atividades estáticas e posturas inadequadas. Estes eram denominados de mesopatias¹⁹.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), as doenças relacionadas ao trabalho se subdividem em doença profissional e doença do trabalho ou relacionada ao trabalho. Doenças profissionais ocorrem quando um agente no ambiente ocupacional está diretamente vinculado ao agravo à saúde e doenças relacionadas ao trabalho são decorrentes da exposição dos trabalhadores a vários agentes que acarretam danos ao organismo²⁰.

As DME possuem múltiplas nomenclaturas na literatura científica. Na língua inglesa são comuns as denominações Cumulative Trauma Disorder (CTD), Occupational Cervicobrachial Disorder (OCD), Occupational Overuse Syndrome (OOS), Repetitive Strain Injury (RSI)^{1,12}. No Brasil também existem nomes diversos como Doenças Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho⁴¹, Desordens Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho (DMRT)⁴⁰, Distúrbios do Membro Superior Relacionados ao Trabalho, Distúrbios Musculoesqueléticos Ocupacionais, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), Distúrbios ou Desordens por Trauma Cumulativo, Injúrias Ocupacionais de Esforço de Repetição, Injúrias por Uso Repetitivo, Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Síndrome Cervicobraquial Ocupacional (DCO), Síndrome da Sobrecarga Ocupacional (SSO). Diversas nomenclaturas de ordem mundial podem evidenciar as diferentes concepções sobre prevenções, conjunto de diagnósticos, bem como variadas construções de políticas públicas destinadas à reabilitação de trabalhadores¹.

Os fatores físicos do trabalho são constituídos por movimentos repetitivos, posturas inadequadas, vibração e temperatura²², assim como são influenciados diretamente pelas suas durações, frequências e intensidades^{23, 21}. Estas demandas atingem diversas estruturas

corporais como ligamentos, articulações, músculos, fâscias^{4,31}, nervos e compreendem uma série acumulativa de diagnósticos como tendinites, Síndrome do Túnel do Carpo, doença de D'Quervain, tenossinovites, hérnias discais, bursites, epicondilites e artroses. As lesões ocorrem, frequentemente, de modo crônico ou subcrônico, após meses ou anos de tarefas estressantes ao organismo³¹. A maior ocorrência destas disfunções ocorre na região lombar quando se compara com problemas gerados em pescoço, ombros e braços¹⁶.

Uma exposição aguda a agentes biomecânicos estressores, em regiões musculoesqueléticas, tende a uma recuperação rápida e completa. No entanto, a exposição contínua a sobrecarga biomecânica favorece o aparecimento de danos irreversíveis, podendo acarretar dor, limitação dos movimentos e edemas. A relação entre os sintomas e a incapacidade funcional ainda não é muito bem descrita, sendo necessárias novas pesquisas⁴.

Além das demandas físicas, as DME são originadas por componentes psicossociais²¹. As demandas psicossociais no trabalho envolvem tanto questões de aumento da produtividade através da exigência física, quanto à falta de autonomia e a monotonia durante a execução das atividades. As altas demandas psicológicas no trabalho acarretam uma série de alterações fisiológicas incluindo alterações nas funções circulatórias, aumento da tensão muscular, excitação no sistema nervoso simpático trazendo possíveis repercussões nas funções cardíacas³¹, transformações físicas do corpo e alterações na percepção da dor⁴.

A incapacidade não se restringe a sinais e sintomas físicos, mas também envolve um conjunto de interações de deficiências psicossociais e ocupacionais²⁴. As incapacidades são resultantes não apenas do acometimento de funções e estruturas do corpo, dependem também das diversas estruturas e organizações da sociedade. As políticas previdenciárias, a legislação, a cultura, as concepções sociais e a assistência à saúde podem favorecer as limitações funcionais dos trabalhadores e a manutenção da incapacidade¹⁶.

As sociedades contemporâneas têm como suporte social para o trabalhador incapacitado a concessão de benefícios para viabilizar o sustento pessoal no período de recuperação da doença. O processo de reabilitação, não condizente com as necessidades para a recuperação da condição de saúde dos trabalhadores com DME, pode favorecer a manutenção da incapacidade¹⁶.

No Brasil, as políticas públicas, nas áreas da previdência e do trabalho, protegem o trabalhador de modo contratual regido por legislação nacional, voltadas mais para a compensação do dano do que para a prevenção da incapacidade e de novos agravos na população trabalhadora²⁷, distanciando-se do foco da incapacidade/funcionalidade⁴³. São vários fatores que contribuem para políticas públicas pouco efetivas como: os sistemas de trabalho e da previdência atuam muitas vezes de modo desarticulado; a exigência de produtividade, a favor do lucro, desfavorece o direito dos cidadãos a terem um suporte completo na relação saúde-trabalho; o medo do desemprego que acarreta em sinais e sintomas causados pela ameaça e insegurança, o que ajuda na cronicidade do adoecimento dos trabalhadores²⁷.

2. 2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A incidência e/ou prevalência das DME variam com o tipo de atividade desenvolvida. Atividades laborativas de maior risco para o desenvolvimento das doenças incluem trabalhos de enfermagem, transporte aéreo, mineração, indústrias de veículos, móveis, eletrodomésticos, calçados, estofados e vestuários³¹. Danos em membros superiores ocorrem com mais evidência em atividades que exigem uma constante manualidade como serviços de escritório, limpeza, produção de embalagens e inspeção industrial¹⁰. Doenças musculoesqueléticas em coluna lombar devem-se a trabalhos que exigem carregamento de peso, prolongados períodos em sedestração, atividades que necessitam da mobilidade do tronco e que contenham vibração. Exemplos de tais trabalhos são: enfermagem¹¹, motorista, carregamento de bagagens e outros^{10, 31}.

Pesquisas desenvolvidas na Holanda indicaram que cerca de 31% dos trabalhadores apresentavam sintomas musculoesqueléticos em braços, ombros e pescoço². Nos Estados Unidos, Canadá e Finlândia os distúrbios osteomusculares são a primeira causa de afastamento por incapacidade³¹, que também são muito frequentes em países em desenvolvimento⁸. As doenças musculoesqueléticas cresceram muito nos últimos 20 anos e são consideradas por alguns autores como uma epidemia³². Segundo Kraut, citado por Souza, de acordo com dados das seguradoras canadenses, essa afecção é responsável por 54% das Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT)⁴². No Brasil, as DME responderam por

23% dos diagnósticos em 1999, 30% em 2000 e 34% em 2001²¹. Na Bahia, segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), é o principal agravo à saúde, dentre as doenças relacionadas ao trabalho (DRT), com prevalência de 60%, sendo 84% dos acometidos do sexo feminino³⁹. Na cidade do Salvador, no ano de 2008, apresentaram incidência de 15 casos para cada 10.000 segurados da Previdência Social⁴¹.

Com relação ao gênero, a grande maioria dos trabalhadores acometidos é do sexo feminino. Tal fato pode estar associado ao desempenho concomitante de trabalho remunerado e atividade doméstica, à condição fisiológica como resistência física, às diferenças hormonais e massa muscular, às questões culturais sobre o relato de sintomas e ao tipo de trabalho desenvolvido, já que algumas tarefas na comunidade são mais desempenhadas por mulheres³¹. Para os homens, foi constatada uma maior ocorrência dos casos para a execução de tarefas que exigiam o carregamento de peso e as regiões corporais mais atingidas foram a coluna lombar e membros inferiores¹⁰.

2.3. CONTEXTO SOCIAL

Os prejuízos causados pelas DME vão além dos gastos econômicos provocados pelo adoecimento do trabalhador. Existem, também, a queda da autoestima, muitas vezes a perda da autonomia e a indisponibilidade para cuidar de outros membros da família³¹.

Uma boa reabilitação de trabalhadores com DME é fundamental para a melhora nas funções corporais, bem como para um possível retorno ao trabalho. O retorno ao trabalho é influenciado tanto por negociações entre o trabalhador e empregador, quanto por aspectos organizacionais da sociedade e da legislação. Um contexto social que desfavoreça o trabalhador pode repercutir na sensação de baixo controle e tal sentimento pode interferir negativamente nas funções psíquica e física. Mudanças em políticas públicas que favoreçam a sensação de segurança auxiliam para ampliação das perspectivas de retorno ao trabalho e podem influenciar positivamente na saúde mental destes indivíduos^{13,17}.

No Brasil, a instituição responsável por realizar a reabilitação profissional é o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Esta prevê a atuação assistencial com a participação de diversos profissionais de saúde que tendem a realizar condutas que

objetivam a eliminação ou redução da incapacidade¹⁷. Como forma de suplementar a reabilitação do trabalhador vem sendo desenvolvido, na atualidade, o modelo biopsicossocial, que consiste na averiguação da incapacidade provocada por diversas afecções na busca das razões e soluções que envolvem tanto modificações de fatores pessoais e, principalmente, de aspectos ambientais no contexto do trabalho^{15, 36}.

2.4. AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO DA INCAPACIDADE E DA FUNCIONALIDADE

Na década de 40 do século XX, a legislação brasileira atribuía à readaptação profissional o papel de prover total ou parcialmente a capacidade para o desenvolvimento do trabalho de acordo com as condições físicas. Nas décadas de 70 e 80, surgiram os Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP) que faziam parte dos Centros de Reabilitação Profissional (CPR) e eram equipados com equipes multiprofissionais que tinham o objetivo de fornecer assistência médica, terapêutica, educacional e treinamento profissional. Em meados da década de 90, apareceram outras mudanças, como criação de duas equipes envolvidas no processo de reabilitação profissional. Uma equipe era constituída por médico e outro profissional de nível superior com o objetivo de realizar orientação profissional. A outra equipe, formada por médico e assistente social, tinha o objetivo de realizar a reabilitação profissional¹⁷.

O objetivo de todo programa de reabilitação é fornecer ao paciente o seu maior nível funcional²⁹. Para tanto é necessária uma avaliação que englobe as dimensões biopsicossocial dos indivíduos¹⁸.

Com essa tendência nos tempos atuais, os desfechos clínicos de interesse não devem se reduzir apenas ao diagnóstico médico e da incapacidade, mas principalmente refletir o diagnóstico biopsicossocial com ênfase na funcionalidade dos indivíduos, proporcionando a compreensão do processo da instalação e desenvolvimento da doença até suas consequências funcionais³⁴, abarcando a interação do sujeito com as afecções e todo contexto do cotidiano destes indivíduos.

Após várias revisões, em 2001, a Organização Mundial de Saúde propôs a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que tem como

objetivo promover uma linguagem unificada e padronizada, assim como o de identificar as diversas consequências das variadas afecções²⁸.

A CIF é composta por domínios correlacionados à saúde ou domínios da saúde, divididos em quatro componentes: funções do corpo, que englobam as funções fisiológicas do corpo; estruturas do corpo, que compreendem partes anatômicas do corpo; atividades e participação, que abrangem a ação desempenhada pelo indivíduo, assim como o seu envolvimento em situações de vida diária; fatores ambientais, que compõem o ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem a sua vida²⁸.

A CIF vem sendo utilizada como forma de unificar a assistência à saúde visto que é uma classificação de ordem mundial e que se propõe a institucionalizar o diagnóstico biopsicossocial⁹. Esta classificação vem sendo aplicada no processo de reabilitação como forma de reconhecer os fatores do ambiente que favorecem ou comprometem o estado de saúde, assim como permite demonstrar a incapacidade/funcionalidade nos níveis biológico, psicológico e social. A funcionalidade engloba a dimensão da preservação das funções e estruturas corporais e da capacidade para execução das tarefas. Esta dimensão pode ajudar na prática clínica com a otimização de funções e capacidades preservadas²⁶, bem como pode auxiliar em modificações de fatores ambientais classificados como barreiras^{15, 26}.

Apesar de haver na atualidade uma preocupação com a avaliação funcional, a maioria dos instrumentos que verificam as demandas de trabalhadores permite somente avaliar deficiências leves ou moderadas. É importante desenvolver ferramentas que possibilitem identificar desde aptidões até limitações funcionais³³. Sob tal perspectiva, alguns serviços assistenciais em Saúde do Trabalhador, como o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CESAT), da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, têm iniciado o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para reabilitação de trabalhadores com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho^{15, 43}.

O Grupo de Pesquisa Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) desde 2006, e o CESAT desenvolveram o Protocolo de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT. Esta ferramenta inclui uma triangulação metodológica articulada com base na narrativa sobre o adoecimento, nos instrumentos validados

(incluindo o HAQ, SF-36 e outros) e no Core Set LER/DORT. Essa triangulação busca facilitar o diálogo multidisciplinar, entre os profissionais de saúde, baseado nas demandas dos trabalhadores com o fim de elaborar um plano de reabilitação^{14, 15}.

Atualmente, o grupo de pesquisa em questão, possui financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) por meio do Programa de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico Prioritário para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), ao qual a presente dissertação está vinculada. Este estudo pretendeu analisar a funcionalidade/incapacidade de trabalhadores com base nas ferramentas validadas e no Core Set LER/DORT, pertencentes ao Protocolo de Avaliação de Funcionalidade para Trabalhadores com LER/DORT.

Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida foi desenvolvido o questionário Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey. O SF-36 engloba quesitos envolvendo a mensuração da capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Esse instrumento foi validado no Brasil em 1999⁵ e hoje vem sendo aplicado para a quantificação da qualidade de vida em diversas afecções.

A avaliação das limitações do desempenho das atividades de vida diária é realizada pelo Questionário de Avaliação do Estado de Saúde (HAQ). Esta ferramenta possibilita identificar dificuldades para a execução de atividades como o vestir, arrumar, levantar, alimentar, caminhar, realizar higiene pessoal, alcançar, e outras funções diárias comuns¹⁴.

O core Set LER/DORT é a junção de categorias escolhidas, a partir da CIF, com base em estudos e debates de uma equipe multidisciplinar com grande experiência em saúde ocupacional. Os códigos escolhidos têm a finalidade de classificar a funcionalidade de trabalhadores com LER/DORT identificando barreiras e facilitadores para a reabilitação e elaboração de um plano de reabilitação que envolve a interação do indivíduo no contexto social e do trabalho. O Core Set LER/DORT é composto por 104 categorias, assim distribuídas: 32 em função do corpo (b), nove em estrutura do corpo (s), 30 atividades e participação (d); 33 em fatores ambientais (e). A seguir apresentamos as categorias selecionadas para a última versão do Core Set LER/DORT¹⁴.

Componentes da CIF	Categorias
Funções do Corpo	b126, b1300, b1301, b1340, b1342, b1343, b140, b144, b152, b1801, b260, b265, b2700, b280, b2800, b2801, b28010, b28014, b28016, b2802, b2803, b2804, b640, b7100, b7101, b7300, b7301, b7350, b7351, b7401, b7800, b840
Estrutura do Corpo	s12000, s1201, s140, s150, s710, s7102, s7103, s720, s730
Atividade – Participação	d177, d230, d240, d415, d430, d440, d445, d450, d470, d475, d510, d520, d540, d550, d570, d630, d640, d650, d660, d720, d760, d770, d825, d830, d845, d850, d855, d910, d920, d930
Ambiente	e1101, e115, e120, e1350, e1351, e1650, e1651, e1652, e2250, e255, e310, e315, e320, e325, e330, e340, e355, e360, e410, e420, e425, e430, e450, e455, e460, e465, e540, e555, e570, e575, e580, e585, e590

Quadro 1 – Categorias selecionados para a versão final do Core Set LER/DORT

Fonte: Mônica Angelim Gomes de Lima et al. 2008

A construção de ferramentas complexas envolve a junção de instrumentos baseada na experiência prática e nos melhores referenciais teóricos. Esta construção é desenvolvida com aprimoramento a partir de estudos piloto, onde ocorrem ajustes de ferramentas e elaboração de soluções para possíveis questionamentos. Após o estudo há uma avaliação definitiva com realização de pesquisas e avaliação dos resultados. O resultado pode nortear novas formas de avaliação e/ou de aplicação das ferramentas e intervenções. Os indícios encontrados podem ajudar na manutenção de componentes que demonstram fortes evidências na busca do que se é investigado, bem como na desconsideração de aspectos pouco significativos⁷.

3. OBJETIVOS

3.1. PRINCIPAL

Analisar o impacto das doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho nas dimensões biopsicossocial de trabalhadores celetistas e estatutários.

3.2. SECUNDÁRIOS

1. Descrever o estado de saúde dos trabalhadores com base nas variáveis do Core Set LER/DORT e nos escores dos instrumentos validados HAQ e SF-36.

2. Analisar as diferenças no estado de saúde de trabalhadoras celetistas e estatutárias com base no Core Set LER/DORT.

3. Verificar a existência de correlações entre funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais de trabalhadoras celetistas e estatutárias com base no Core Set LER/DORT.

ARTIGO I

**ESTADO DE SAÚDE DE TRABALHADORES COM DOENÇAS
MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO**

ANA CLARISSA LOPES SILVA

LAURO ANTONIO PORTO

DENISE NUNES VIOLA

MONICA ANGELIM GOMES DE LIMA

ESTADO DE SAÚDE DE TRABALHADORES COM DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO

RESUMO

As doenças musculoesqueléticas (DME) relacionadas ao trabalho são caracterizadas por um conjunto de problemas de ordem física e psíquica, incluindo lesões em estruturas corpóreas e sintomas psíquicos como ansiedade e depressão, que acarretam perdas funcionais. O objetivo dos pesquisadores foi descrever o grau de funcionalidade de trabalhadores com DME. As frequências simples do Core Set LER/DORT e os escores das ferramentas SF-36 e HAQ indicaram que trabalhadores apresentaram deficiências e dificuldades que limitam as atividades cotidianas e a participação. A maioria dos escores encontrados nos registros dos trabalhadores é menos favorável do que os encontrados em literatura internacional, no entanto apresenta-se similar com avaliações de brasileiros com condições musculoesqueléticas. O estado de saúde desfavorável dos trabalhadores pode sinalizar uma reabilitação ocupacional focada no tratamento das deficiências encontradas nas funções e estruturas do corpo.

Palavras-chaves: Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho, Funcionalidade, Incapacidade.

STATE OF HEALTH OF WORKERS WITH WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS

SUMMARY

The work-related musculoskeletal disorders (WMDs) are characterized by a set of physical and mental problems, including injury to body structures and mental symptoms such as anxiety and depression that lead to functional loss. The researches' goal was to describe the degree of functionality of workers with MSDs. The simple frequencies of the Core Set RSI/WMSD and the scores of the tools HAQ and SF-36 indicated that workers had difficulties and disabilities that limit daily activities and participation. Most of the scores found in the records of workers are less favorable than those found in international literature, but they are similar to assessments of Brazilians with musculoskeletal conditions. The adverse status of health of workers can signal an occupational rehabilitation focused on the treatment of deficiencies found in the body functions and structures.

Keywords: Work-Related Musculoskeletal Disorders, Functioning, Disability.

INTRODUÇÃO

As doenças musculoesqueléticas (DME) relacionadas ao trabalho são caracterizadas por um conjunto de manifestações inflamatórias e degenerativas que atingem músculos, fâscias, tendões, ligamentos, articulações, nervos e vasos sanguíneos. Entre as lesões geradas por estresse biomecânico encontram-se tenossinovites, bursites, epicondilites, síndrome do túnel do carpo e mialgias, acometendo na maioria das vezes a região lombar, pescoço, ombro, antebraço e mão (BERNARD, 1997). Além dos problemas de ordem física, outros aspectos do ambiente de trabalho, como baixo controle sobre atividade, monotonia e alta exigência por produtividade, geram sofrimento psíquico (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001). O prejuízo acarretado tanto no corpo, como na mente do trabalhador reduz o desempenho das atividades da vida cotidiana, comprometendo a qualidade de vida (ROBLES & SILVEIRA, 2009).

No Brasil, segundo registros do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), no ano de 2009, entre os auxílios doença concedidos, 19% foram a segurados com diagnóstico de doenças do sistema osteomuscular e dos tecidos conjuntivos (BRASIL, 2009). Tais distúrbios têm sido responsáveis por grande parte da concessão de benefícios em decorrência da incapacidade para a atividade laborativa nos países industrializados (BARBE & BARR, 2006; ROQUELAURE et al., 2006).

A limitação para atividade laboral e outras tarefas do cotidiano ocorre por problemas desencadeados na condição de saúde dos trabalhadores. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para classificar o estado de saúde de um indivíduo não é necessário somente demonstrar as deficiências, dificuldades e obstáculos, mas também averiguar as funções e estruturas do corpo preservadas, as capacidades para execução de atividades e participação, bem como os facilitadores utilizados e presentes no cotidiano. Sob tal perspectiva, a OMS propôs em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: Saúde, Trabalho e Funcionalidade desenvolveu o Protocolo de Funcionalidade para Trabalhadores com LER/DORT. Esta ferramenta encontra-se em processo de validação e atualmente vem sendo aprimorada com base em dados sobre o estado de saúde de trabalhadores. O protocolo inclui, entre outras

ferramentas, o Questionário de Avaliação de Estado de Saúde (HAQ), Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36) e o Core Set LER/DORT (LIMA et al., 2008).

O SF-36 é uma ferramenta que mensura a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (CICONELLI et al., 1999). O HAQ quantifica limitações existentes nas atividades da vida cotidiana (BRUCE & FRIES, 2005). O Core Set LER/DORT consiste em uma seleção de categorias da CIF e objetiva classificar a funcionalidade/incapacidade de trabalhadores com LER/DORT. O Core Set foi elaborado por meio de consensos sucessivos e discussões entre profissionais com experiência em saúde do trabalhador (LIMA et al., 2008).

Objetivou-se descrever perdas na funcionalidade de trabalhadores com DME com base na comparação de três ferramentas do Protocolo de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal. Os dados foram analisados em uma amostra de 44 trabalhadores com diagnóstico de LER/DORT, que tinham acometimento maior de membros superiores e região cervical. Os dados foram obtidos de Protocolos de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT, pertencentes às instituições: Ambulatório de Dor Crônica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia, Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CESAT), Departamento de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (SERTO/EBMSP) e Tribunal Regional do Trabalho (TRT) 5ª região, todos localizados no Estado da Bahia.

O perfil de funcionalidade foi descrito com base em algumas variáveis do Core Set LER/DORT, nos escores do Questionário de Avaliação de Estado de Saúde (“The Stanford Health Assessment Questionnaire” – HAQ) e no Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (“Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey” – SF-36). Os dados primários foram coletados entre os anos de 2007 e 2009.

A matriz de dados contém informações sobre os fatores pessoais, a funcionalidade e a incapacidade dos trabalhadores com LER/DORT. O HAQ foi analisado na sua forma simplificada (short or 2-page HAQ) e foi obtido o Índice de Incapacidade Funcional com a pontuação: não necessita de assistência (0); dificuldade média a moderada ou utiliza estratégias especiais para o desempenho das atividades habituais (0 a 1); disfunção moderada a severa ou usualmente necessita de ajuda de outra pessoa (1 a 2); disfunção moderada severa a muito severa até incapacitante ou precisa do auxílio de outra pessoa (2 a 3).

O SF-36 foi verificado a partir dos escores que incluem: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, com as suas graduações, 0 (pior) a 100 (melhor).

O Core Set LER/DORT foi analisado por meio das funções do corpo, atividades e participação. Variáveis pertencentes às funções do corpo foram verificadas com base nas funções: do temperamento e da personalidade, do nível de energia, da motivação, qualidade do sono, da atenção, da memória e emocionais, da sensação de dor e da resistência de grupo de músculos. As atividades e participação englobaram as questões sobre a capacidade de lidar com estresse e outras demandas psicológicas, manter a posição do corpo, levantar e carregar objetos, andar, lavar-se, vestir-se e ter recreação e lazer. As questões envolvendo as funções do corpo foram qualificadas em deficiências: nenhuma a leve, moderada a grave e completa. As atividades e participação foram classificadas em dificuldades: nenhuma a leve, moderada a grave e completa. Foi computado, também, se as respostas não foram especificadas.

Após a exclusão dos formulários que não foram preenchidos, foram analisadas 43 unidades do SF-36, 44 do HAQ e 43 do Core Set LER/DORT. Todos os formulários completos foram preservados. Os questionários não respondidos pertenciam a trabalhadoras, grande maioria. Foram selecionadas algumas categorias do Core Set LER/DORT que se assemelhavam com os escores dos outros instrumentos (HAQ e SF-36).

A base de dados foi construída no pacote estatístico SPSS, versão 13.0. Foram calculadas as frequências simples das variáveis sociodemográficas e das categorias do Core Set LER/DORT, obtidas as médias para a idade e para os escores do HAQ e SF-36, com os seus respectivos percentis 25, 50 e 75, valores máximo e mínimo.

Foram tomadas todas as medidas para estabelecer respeito, resguardar a identidade, proporcionar a beneficência e a não maleficência dos trabalhadores e a confidencialidade dos dados, segundo a Resolução 196/96. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, com o Protocolo número 64/2009.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 44 Protocolos de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT. Com relação ao gênero, 93% dos registros pertenciam a trabalhadoras. Os indivíduos tinham, em média, 46 anos de idade (desvio padrão- DP= 6) e 18 anos de ocupação (DP: 8). Cerca de 57% deles eram servidores públicos, 55 % encontravam-se afastados e 46% recebiam acima de dez salários mínimos.

Houve referência à deficiência moderada a grave para funções da atenção, motivação, temperamento e personalidade em aproximadamente metade das avaliações dos trabalhadores. Cerca de dois terços dos indivíduos referiram o mesmo grau de deficiência para funções do nível energia, qualidade do sono, funções emocionais e resistência de grupos de músculos. Essa limitação surgiu em 86% dos registros analisados para função da sensação de dor. Quanto às funções da memória, mais da metade dos indivíduos citaram ausência ou deficiência leve, embora 44% tenham referido que existiu maior comprometimento desta categoria (Tabela 1).

Com relação às atividades e participação, há dificuldade moderada a grave em 50 a 60% dos trabalhadores para lidar com estresse e outras demandas psicológicas, lavar-se, vestir-se, recreação e lazer. O mesmo grau de dificuldade esteve presente em 70 a 80% das avaliações para manter a posição do corpo e levantar e carregar objetos. As classificações das dificuldades nenhuma a leve e moderada a grave foram indicadas pelos trabalhadores, na atividade andar, com mesmo percentual de 44% (Tabela 2).

Analisando-se os escores do SF-36 foi possível perceber que os trabalhadores apresentaram mais restrições na capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e limitações por aspectos emocionais, apresentando médias respectivas de 38, 14, 29 e 32.

Por outro lado, a saúde mental obteve maior média com 58. Três quartos das avaliações tiveram escores baixos para dor e limitações por aspectos físicos. Estes aspectos possuíram o valor zero em metade dos registros e um quarto dos dados indicou a mesma pontuação para limitações por aspectos emocionais, que apresentou índice baixo em 50% dos formulários. A média do Índice de Incapacidade Funcional do HAQ apontou disfunção moderada a severa para realização das atividades do cotidiano (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A maior parte dos trabalhadores era do sexo feminino. Isso pode relacionar-se com o acometimento maior de membros superiores, como foi priorizado durante a seleção da amostra. Os trabalhadores apresentaram comprometimento na funcionalidade como foi evidenciado pelas deficiências e dificuldades. No entanto, categorias das funções mentais apresentaram-se mais preservadas do que as atividades e participação. O melhor escore para saúde mental, encontrado no SF-36, ratifica a menor deficiência encontrada nas funções da memória, do temperamento e da personalidade e da motivação do Core Set LER/DORT. A maior prevalência da dificuldade moderada a grave para execução das atividades, relatada pelos trabalhadores, coincide com a média do Índice de Incapacidade Funcional do HAQ, que indica disfunção moderada a severa para realização de tarefas do cotidiano.

Houve mais registros de trabalhadoras. Mulheres são mais acometidas por doenças musculoesqueléticas em membros superiores. Isso pode relacionar-se com o tipo de função ocupacional que exige mais movimentos repetitivos de mãos e braços (STRAZDINS & BAMMER, 2004; ROBLES & SILVEIRA, 2009). As exigências biomecânicas do trabalho podem gerar lesões em estruturas corpóreas com conseqüente comprometimento de funções fisiológicas (BARBE & BARR, 2006).

Os trabalhadores apresentaram mais prejuízos em funções do nível de energia, da qualidade do sono, emocionais, da sensação de dor e da resistência de grupo de músculos. Esta evidência concorda com os baixos escores do SF-36, pontuados na maioria das avaliações, para limitações por aspectos físicos e dor e na metade dos registros, para

limitações por aspectos emocionais. As funções do temperamento e da personalidade, motivação e memória encontraram-se mais preservadas, fatos que condizem com o escore favorável da saúde mental do SF-36.

As lesões nas estruturas do corpo são acarretadas, principalmente, pelo prolongamento e excesso da atividade ocupacional, sem o tempo para a recuperação tecidual. A inflamação persistente repercute em alterações motoras, sensitivas, redução da capacidade biomecânica, propagação do estímulo doloroso no sistema nervoso central (BARR et al., 2004), gerando quadro de dor com perdas funcionais. A redução das capacidades físicas corrobora para o surgimento de sintomas como ansiedade e depressão (SAYAR et al., 2002; BARBE & BARR, 2006) e problemas nas relações afetivas (SAYAR et al., 2002). A dificuldade moderada a grave para lidar com estresse e outras demandas psicológicas, pontuada na maior parte dos registros, pode estar relacionada com deficiências nas funções emocionais.

A preservação da saúde mental é um aspecto positivo encontrado e favorece o estado de saúde dos trabalhadores. As afecções musculoesqueléticas crônicas, geradas por fenômeno interativo corpo-mente, comprometem frequentemente a sensação de dor, funções do sono e emocionais (SCHWARZKOPF et al., 2008). Entre as alterações de ordem emocional existe a depressão tida como uma comorbidade presente em pessoas com dor crônica (ROBBINS et al., 2003). A sensação de dor, que prevaleceu como função mais prejudicada, pode repercutir de modo negativo na participação (HELMAN, 1995) e dificulta a realização das atividades cotidianas (DICK & RASHIQ, 2007; PESSOA et al., 2010). O quadro algico, também, pode piorar a condição psíquica com presença da alteração do sono, redução do nível de energia e fadiga prolongada (ROBBINS et al., 2003). A presença da fadiga reduz a resistência muscular e compromete o desempenho físico (GEISSER et al., 2003). As restrições físicas repercutem de modo negativo na vida social, diminuindo interesse e motivação para a realização das atividades cotidianas (GEISSER et al., 2003).

Houve maior prevalência da dificuldade moderada a grave para as categorias das atividades e participação analisadas, exceto para o andar, que esteve mais preservado, fato que condiz com perfil do trabalhador do estudo, que possui maior prejuízo em membros

superiores e região cervical. Esse acometimento contribui para dificuldades em manter a posição do corpo, levantar e carregar objetos, lavar-se e vestir-se. Os problemas para execução das atividades coincidem com a pontuação média encontrada no Índice de Incapacidade Funcional do HAQ, que indica disfunção moderada a severa ou que usualmente necessita da ajuda de outra pessoa para realização das tarefas do cotidiano.

A limitação física pode ser influenciada tanto por questões de ordem emocional como por danos em estruturas do corpo (ROBBINS et al., 2003). Prejuízos na força e habilidade manual dificultam a realização de várias atividades cotidianas, entre estas as domésticas (GAEDKE & KRUG, 2008). Trabalhadores com DME possuem dificuldade para executar tarefas que envolvem o autocuidado como o vestir-se e tomar banho (MUROFUSE & MARZIALE, 2001; PICAVET & HOEYMANS, 2004; DICK & RASHIQ, 2007; GAEDKE & KRUG, 2008; PESSOA et al., 2010), bem como têm restrições para levantar e carregar objetos, uso fino da mão e cuidar das partes do corpo (TOLDRÁ et al., 2010).

Trabalhadores com DME apresentam restrição na participação social, (HILDEBRANDT et al., 2000; GAEDKE & KRUG, 2008; TOLDRÁ et al., 2010), bem como limitação na recreação, no lazer (TÜZÜN, 2007; GAEDKE & KRUG, 2008; TOLDRÁ et al., 2010; PESSOA et al., 2010) e na capacidade de manter o emprego (BREIVIK et al., 2006). Tal evidência está em concordância com a maior prevalência da dificuldade moderada a grave para a categoria recreação e lazer.

Os resultados demonstraram um Índice de Incapacidade Funcional do HAQ maior do que referências da literatura (FROSCH et al., 2004; PARKER & JELSMA, 2010), sinalizando que os trabalhadores do presente estudo apresentaram maior dificuldade para realizar as atividades cotidianas do que pessoas com distúrbios musculoesqueléticos da literatura internacional. Tal fato é confirmado quando os trabalhadores obtiveram, em média, disfunção moderada a severa para realização das tarefas diárias, enquanto que outros estudos internacionais verificaram que pessoas com distúrbios musculoesqueléticos apresentaram, para as mesmas atividades, restrição média para moderada (FROSCH et al., 2004; PARKER & JELSMA, 2010). Entretanto, indivíduos brasileiros com queixa de dor

musculoesquelética apresentaram Índice de Incapacidade Funcional similar com o valor apresentado na pesquisa (MARTINEZ et al., 2008).

As médias dos escores do SF-36 apresentadas no estudo, exceto para a saúde mental, foram menores do que aquelas encontradas para pessoas com distúrbios musculoesqueléticos (PICAVET & HOEYMANS, 2004; SALAFFI et al., 2005; SALAFFI et al., 2006; HICKS et al., 2008; ANTONOPOULOU et al., 2009; SALAFFI et al., 2009), com dores em membros inferiores e coluna lombar (HICKS et al., 2008) e com dor crônica que possuíam problemas musculoesqueléticos (SALAFFI et al., 2006). Tais evidências apontam para uma qualidade de vida ruim dos trabalhadores em relação a outras pessoas que apresentaram diferentes condições reumatológicas.

Por outro lado, ao analisar os escores médios do SF-36, foi possível perceber que as pontuações dos trabalhadores da pesquisa e de dolorosos crônicos da literatura nacional possuíam similaridades, com exceção do valor médio apresentado para saúde mental (CASTRO et al., 2011). Este valor apresentou-se maior do que aquele encontrado em avaliações de pessoas com diferentes problemas reumatológicos (SALAFFI et al., 2005; SALAFFI et al., 2009). A saúde mental dos trabalhadores do estudo esteve mais preservada do que de outras pessoas com distúrbios musculoesqueléticos.

O SF-36 é uma ferramenta amplamente utilizada para pesquisas científicas, assim como vem sendo aplicada para análise da qualidade de vida em condições musculoesqueléticas crônicas (SALAFFI et al., 2005). Metade dos trabalhadores obteve pontuação zero para limitações por aspectos físicos podendo sinalizar uma condição física muito ruim. O mesmo valor foi encontrado, em um quarto das avaliações, para limitações por aspectos emocionais. Registros nacionais de dolorosos crônicos obtiveram o mesmo escore (CASTRO et al., 2011). Registros científicos indicam que distúrbios musculoesqueléticos crônicos tendem a ter baixas pontuações para limitações por aspectos físicos e emocionais (PICAVET & SCHOUTEN, 2003; SALAFFI et al., 2005; SALAFFI et al., 2006; SALAFFI et al., 2009).

Resultados baseados em dados secundários e amostra realizada de modo não aleatório são limites do estudo. No entanto, a maioria dos escores médios encontrados nas

ferramentas HAQ e SF-36 apresentaram similaridades com valores detectados em pesquisas realizadas em território nacional, com pessoas que tinham queixas musculoesqueléticas (CASTRO et al., 2011; MARTINEZ et al., 2008).

Os escores e frequências desfavoráveis encontrados em avaliações dos trabalhadores podem indicar uma reabilitação não condizente com necessidades apresentadas. Sistemas de seguro e processo de reabilitação que priorizem a dimensão física, focando somente na recuperação de estruturas corpóreas, não são bem sucedidos (SCHULTZ et al., 2000).

O modelo biopsicossocial valoriza a interação entre os aspectos psicossociais, como percepção, crenças e expectativas acerca da recuperação, limitações encontradas nas funções e estruturas do corpo e aspectos sociais que contribuem ou dificultem a reabilitação. É o modo mais completo de abordagem, como também é proposto pela Organização Mundial de Saúde com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (SCHULTZ et al., 2007; WADDELL, 2006). A abordagem biopsicossocial demanda a atuação multidisciplinar com participação de diversos profissionais de saúde (LOISEL et al., 2001; CAMERON, 2004). Essa prática deve ser aplicada em trabalhadores com condições musculoesqueléticas crônicas. No entanto, esse tipo de atuação ainda não é priorizado no Brasil, que adota o modelo biomédico, conduzindo processos de reabilitação com foco nas funções e estruturas do corpo (TAKAHASHI, 2006; MAENO & VILELA, 2010). Políticas que valorizem a adaptação do indivíduo adoecido ao ambiente laboral e modificações no trabalho que garantam a reinserção na função ocupacional reduzem o tempo de afastamento e contribuem para o retorno ao trabalho sustentável (ANEMA et al., 2009).

CONCLUSÃO

Os trabalhadores apresentaram deficiências e dificuldades. No entanto, houve maior preservação da saúde mental. Os prejuízos pontuados nas funções da sensação de dor e da resistência muscular concordam com as dificuldades apontadas para execução de atividades como manter a posição do corpo, levantar e carregar objetos e vestir-se. A maior prevalência da dificuldade moderada a grave para quase todas as categorias analisadas

coincide com a média do Índice de Incapacidade Funcional, que aponta uma disfunção moderada a severa para realização das tarefas do cotidiano, assim como ratifica as baixas pontuações encontradas, na maioria das avaliações, para os escores, limitação por aspectos físicos e dor.

Os escores médios do HAQ e do SF-36 pontuados no estudo, exceto para a saúde mental, apresentaram-se reduzidos quando se compara com aqueles encontrados em registros de pessoas com problemas musculoesqueléticos da literatura internacional. No entanto, essas pontuações foram condizentes com aquelas de brasileiros com afecções musculoesqueléticas. O estado de saúde desfavorável dos trabalhadores pode relacionar-se com a reabilitação feita de modo inadequado, focada nas deficiências.

A Organização Mundial da Saúde propõe que a reabilitação seja feita com base nas dimensões biopsicossocial dos indivíduos. Tal proposição torna-se mais incisiva quando um problema de saúde como as DME acabam por torna-se um complexo interativo entre o corpo e a mente. A recuperação da condição de saúde depende da qualidade do serviço de saúde, do sistema de seguro, da atividade de trabalho, dos aspectos individuais dos trabalhadores, do suporte social e familiar. Os resultados encontrados sinalizam a importância da reabilitação multiprofissional que valorize os aspectos biológico e psicossocial dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ANEMA, J.R.; SCHELLART, A.J.M.; CASSIDY, J.D.; LOISEL P.; VEERMAN, T.J.; BEEK A.J. Can Cross Country Differences in Return-to-Work After Chronic Occupational Back Pain be Explained? An Exploratory Analysis on Disability Policies in a Six Country Cohort Study. *J. Occup. Rehabil*, United States, v. 19, p. 419-426, 2009.

ANTONOPOULOU, M.D.; ALEGAKIS, A. K.; HADJIPAVLOU, A.G.; LIONIS, C.D. Studying the association between musculoskeletal disorders, quality of life and mental health. A primary care pilot study in rural Crete, Greece. *BMC Musculoskeletal Disorders*.

United Kingdom, v. 10, n. 143, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/10/143>>. Acesso em: 22 jul. 2011.

BARBE, M.F.; BARR, A.E. Inflammation and the pathophysiology of work-related musculoskeletal disorders. *Brain, Behavior, and Immunity*, Massachusetts, v. 20, p. 423-429, 2006.

BARR, A.E.; BARBE, M.F.; CLARK, B.D. Work-related musculoskeletal disorders of the hand and wrist: epidemiology, pathophysiology, and sensorimotor changes. *Journal Orthop. Sports Phys. Ther*, United States, v. 34, n. 10, p. 610-627, 2004.

BERNARD, B. *Musculoskeletal disorders and workplace factors: a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back*, Cincinnati: NIOSH, 1997.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social* 2009. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=978>>. Acesso em: 15 junho. 2011.

BREIVIK, H.; COLLETT, B.; VENTAFRIDDA, V.; COHEN, R.; GALLACHER, D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, European, v. 10, p. 287-333, 2006.

BRUCE, B.; FRIES, J.F. The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. *Clin. Exp. Rheumatol.*, United States, v. 30, n. 1, p. 167-78, 2005.

CAMERON, I.D. How to manage musculoskeletal conditions: when is 'Rehabilitation' appropriate? *Best Practice & Research Clinical Rheumatol.* London, v. 18, n. 4, p. 573-586, 2004.

CASTRO, M.M.C.; QUARANTINI L.C.; DALTRO, C.; PIRES-CALDAS, M.; KOENEN K.C.; KRAYCHETE D.C.; OLIVEIRA, I.R. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Rev. Psiq. Clín.*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 126-129, 2011.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

DICK, B.D.; RASHIQ S. Disruption of Attention and Working Memory Traces in Individuals with Chronic Pain. *Anesth. & Analg.* United States, v. 104, n. 5, May, p. 1223-1229, 2007.

FROSCHE, D.L.; KAPLAN, R.M.; GANIATS, T.G.; GROESSL E. J.; SIEBER, W.J.; WEISMAN M.H. Validity of Self-Administered Quality of Well-Being Scale in Musculoskeletal Disease. *Arthritis & Rheumatism.* United States, v. 51, n. 1, February, p. 28-33, 2004.

GAEDKE, M.A.; KRUG, S.B.F. Quem eu sou? A identidade de trabalhadoras portadoras de LER/DORT. *Rev. Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 120-137, 2008.

GEISSER, M.E.; ROBINSON, M.E.; MILLER, Q.L.; BADE, S.M. Psychosocial Factors and Functional Capacity Evaluation Among Persons With Chronic Pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, United States, v. 13, n. 4, p. 259-276, 2003.

HELMAN, C. Cultura, saúde e doença. In: HELMAN, C. Dor e cultura. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995. p. 170-172.

HICKS, G.E.; GAINES, J.M.; SHARDELL, M.; SIMONSICK, E.M. Associations of Back and Leg Pain With Health Status and Functional Capacity of Older Adults: Findings From the Retirement Community Back Pain Study. *Arthritis & Rheumatism*, United States, v. 59, n. 9, Septem., p. 1306-1313, 2008.

HILDEBRANDT, V.H.; BONGERS, P.M.; DUL, J.; DIJK, F.J.H; KEMPER, H.C.G. The Relationship between leisure time, physical activities and musculoskeletal symptoms and disability in worker populations. *Int Arch Occup Environ Health*, United States, v. 73, p. 507-518, 2000.

LIMA, M.A.G; NEVES, R.F; TIRONI, M.O.S; NASCIMENTO, A.M.D.N; MAGALHÃES, F.B. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. *ACTA FISIATR*, São Paulo, v. 15, n.4, p. 229-235, 2008.

LOISEL, P.; DURAND, M.; BERTHELETTE, D.; VÉZINA, N.; BARIL, R.; GAGNON, D.; LARIVIÈRE, C.; TREMBLAY, C. Disability Prevention: New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain Dis. *Manage Health Outcomes*, Minneapolis, v. 9, n. 7, p. 350-360, 2001.

MAENO, M.; VILELA, R.A. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública, *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 87-99, 2010.

MARTINEZ, J.E.; SANTOS. B.Z.C.; FASOLIN, R.P.; GIANINI, R.J. Perfil de Pacientes com Queixa de Dor Músculo-Esquelética em Unidade Básica em Sorocaba. *Rev. Bras. Clin. Med.*, São Paulo, v. 6, p. 167-171, 2008.

MUROFUSE, N.T.; MARZIALE, M.H.P. Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de Lesões Por Esforços Repetitivos: LER. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, São Paulo, v. 9, n. 4, p.19-25, 2001.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Institute of Occupational Medicine. Musculoskeletal disorders and the workplace: low back and upper extremities. Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace. Washington, DC: National Academy Press, p. 85- 96, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Edusp, 2003.

PARKER, R.; JELSMA, J. The prevalence and functional impact of musculoskeletal conditions amongst clients of a primary health care facility in an under-resourced area of Cape Town. *BMC Musculoskeletal Disorders*. United Kingdom, v. 11, n. 2, 2010. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/11/2>>. Acesso em: 22 jul. 2011.

PESSOA, J.C.S.; CARDIA, M.C.G.; SANTOS, M.L.C. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT–LER: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 821-830, 2010.

PICAVET, H.S.J.; HOEYMANS, N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann. Rheum. Dis.*, Europe, v. 63, p.723-729, 2004.

PICAVET, H.S.J.; SCHOUTEN, J.S.A.G. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study. *Pain*, Unites States, v. 102, p. 167-178, 2003.

ROBBINS, H.; GATCHEL, R.J.; NOE, C; GAJRAJ, N.; POLATIN, P.; DESCHNER, M. et al. A Prospective One-Year Outcome Study of Interdisciplinary Chronic Pain Management: Compromising Its Efficacy by Managed Care Policies. *Anesth. Analg.*, United States, v. 97, p. 156-62, 2003.

ROBLES, A.C.C.; SILVEIRA, J. Significados e repercussões do adoecimento relacionado ao trabalho para trabalhadores atendidos na perícia médica do Instituto Nacional de Seguridade Social. *Rev. Saúde Públ.*, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 41-55, 2009.

ROQUELAURE, Y.; CATHERINE, H.A.; LECLERC, A.; TOURANCHET, A.; SAUTERON, M.; MELCHIOR, M.; IMBERNON, E.; GOLDBERG, M. Epidemiologic Surveillance of Upper-Extremity Musculoskeletal Disorders in the Working Population. *Arthritis & Rheumatism*, United States, v. 55, n. 5, p. 765-778, 2006.

SALAFFI, F.; ANGELIS, R.; STANCATI A.; GRASSI, W. Health-related quality of life in multiple musculoskeletal conditions: a cross-sectional population based epidemiological study. II. The MAPPING study. *Clinical and Experimental Rheumatology*, Italy, v. 23, p. 829-839, 2005.

SALAFFI, F.; CAROTTI, M.; GASPARINI, S.; INTORCIA, M.; GRASSI, W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health and Quality of Life Outcomes*. Canada, v. 7, n. 25, 2009. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/7/1/25>>. Acessado em: 24 jul. 2011.

SALAFFI, F.; STANCATI, A.; GRASSI, W. Reliability and validity of the Italian version of the Chronic Pain Grade questionnaire in patients with musculoskeletal disorders. *Clin. Rheumatol*. United Kingdom, v. 25, p. 619–631, 2006.

SAYAR, K.; ARIKAN M.; YONTEM T. Sleep Quality in Chronic Pain Patients. *Canadian Journal Psychiatry*, Canada, v. 47, n. 9, p. 844-848, 2002.

SCHWARZKOPF, S.R.; EWERT T.; DREINHÖFER, K. E.; CIEZA, A.; STUCKI, G. Towards an ICF Core Set for chronic musculoskeletal conditions: commonalities across ICF Core Sets for osteoarthritis, rheumatoid arthritis, osteoporosis, low back pain and chronic widespread pain. *Clin Rheumatol.*, United Kingdom, v. 27,p. 1355-1361, 2008.

SCHULTZ, I.Z.; CROOK, J.; FRASER K.; JOY, P. W. Models of Diagnosis and Rehabilitation in Musculoskeletal Pain-Related Occupational Disability, *Journal of Occupational Rehabilitation*, United States, v. 10, n. 4, p. 271-293, 2000.

SCHULTZ, I.Z.; STOWELL, A.W.; FEUERSTEIN M.; GATCHEL R.J. Models of Return toWork for Musculoskeletal Disorders. *J. Occup. Rehabil.*, United States, v. 17, p.327-352, 2007.

STRAZDINS, L.; BAMMER G. Women, work and musculoskeletal health. *Social Science & Medicine*, United States, v. 58, p. 997–1005, 2004.

TAKAHASHI, M.A.B.C. *Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990.* 2006. 114-117 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

TOLDRÁ, R.C.; DALDON, M.T.B.; SANTOS, M.C.; LANCMAN, S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.

TÜZÜN, E.H. Quality of life in chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatol.* London, v. 21, n. 3, p. 567–579, 2007.

WADDELL, G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *British Medical Bulletin*, United Kingdom, v. 77-78, p. 55-69, 2006.

TABELAS

Tabela 1. Categorias das funções do corpo de trabalhadores com desordens musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidos em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009

Funções do Corpo		Nenhuma Deficiência a Leve		Deficiência Moderada a Grave		Deficiência Completa		Não especificada	
		n	%	n	%	n	%	n	%
b126	Funções do temperamento e da personalidade	21	48,8	21	48,8	1	2,3	0	0,0
b1300	Nível de energia	14	32,6	28	65,1	1	2,3	0	0,0
b1301	Motivação	21	48,8	21	48,8	1	2,3	0	0,0
b1343	Qualidade do sono	12	27,9	29	67,4	2	4,7	0	0,0
b140	Funções da atenção	20	46,5	22	51,2	1	2,3	0	0,0
b144	Funções da memória	24	55,8	18	41,9	1	2,3	0	0,0
b152	Funções emocionais	15	34,9	27	62,8	1	2,3	0	0,0
b280	Sensação de dor	2	4,7	37	86,0	3	7,0	1	2,3
b7401	Resistência de grupo de músculos	11	25,6	27	62,8	0	0,0	5	11,6

Tabela 2. Categorias das atividades e participação de trabalhadores com distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho atendidos em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009

Atividades e participação		Nenhuma Dificuldade a Leve		Dificuldade Moderada a Grave		Dificuldade Completa		Não especificada	
		n	%	n	%	n	%	n	%
d240	Lidar com estresse e outras demandas psicológicas	13	30,2	25	58,1	3	7,0	2	4,7
d415	Manter a posição do corpo	7	16,3	31	72,1	4	9,3	1	2,3
d430	Levantar e carregar objetos	4	9,3	34	79,1	4	9,3	1	2,3
d450	Andar	19	44,2	19	44,2	1	2,3	4	9,3
d510	Lavar-se	18	41,9	23	53,5	1	2,3	1	2,3
d540	Vestir-se	15	34,9	26	60,5	1	2,3	1	2,3
d920	Recreação e lazer	13	30,2	22	51,2	6	14,0	2	4,7

Tabela 3. Escores do SF-36 (Avaliação de Qualidade de Vida) e do HAQ (Avaliação de Estado de Saúde) de trabalhadores com distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho atendidos em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009

	Média	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Valor Máximo	Valor Mínimo
Capacidade Funcional	38,0	25,0	40,0	50,0	75,0	5,0
Limitações por aspectos físicos	14,0	0,0	0,0	25,0	100,0	0,0
Dor	29,3	22,0	31,0	41,0	74,0	0,0
Estado geral da saúde	45,2	28,8	47,5	58,3	87,0	5,0
Vitalidade	41,9	30,0	42,5	55,0	90,0	5,0
Aspectos Sociais	42,8	25,0	37,5	62,5	100,0	0,0
Limitações por aspectos emocionais	31,7	0,0	33,3	66,7	100,0	0,0
Saúde Mental	57,5	44,0	60,0	72,0	100,0	20,0
Índice de Incapacidade Funcional (HAQ)	1,3	0,8	1,4	1,8	2,3	0,4

SF-36: Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*);

HAQ: Questionário de Avaliação de Estado de Saúde (*The Stanford Health Assessment Questionnaire*).

ARTIGO II

**FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORAS CELETISTAS E
ESTATUTÁRIAS COM DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS
RELACIONADAS AO TRABALHO**

ANA CLARISSA LOPES SILVA

LAURO ANTONIO PORTO

DENISE NUNES VIOLA

MONICA ANGELIM GOMES DE LIMA

FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORAS CELETISTAS E ESTATUTÁRIAS COM DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO

RESUMO

Doenças musculoesqueléticas (DME) relacionadas ao trabalho representam um problema de saúde pública por meio dos prejuízos acarretados nas dimensões biopsicossocial dos indivíduos. Objetivou-se comparar o perfil de funcionalidade/incapacidade de trabalhadoras celetistas e estatutárias com DME. Com base no Core Set LER/DORT foi analisado o estado de saúde das trabalhadoras. Os resultados demonstraram que as amostras foram estatisticamente diferentes para funções mentais e sensoriais e dor, estruturas relacionadas ao movimento, aplicação do conhecimento, tarefas e exigências gerais, autocuidado, mobilidade, vida social, comunitária e cívica, assim como para ambiente e modificações naturais feitas pelo homem. Tais achados indicaram funcionalidade mais prejudicada das trabalhadoras celetistas, que pôde associar-se a baixa renda, organização do trabalho e ambiente laboral desfavoráveis, assistência à saúde e reabilitação ocupacional realizadas do modo inadequado.

Palavras-chaves: Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho, Funcionalidade, Incapacidade, Trabalhadoras.

FUNCTIONALITY OF WORKERS HIRED UNDER EMPLOYMENT LAWS AND STATUTORY WORKERS WITH WORK-RELATED DISORDERS

SUMMARY

Work-related musculoskeletal disorders (WMDs) represent a public health problem posed by the losses in the biopsychosocial dimensions of individuals. The objective was to compare the profile functionality / inability to work of statutory workers and workers hired under employment laws with WMDs. The health status of workers was analyzed based on Core Set LER/DORT. The results showed that the samples were statistically different for mental and sensory functions and pain, motion related structures, application of knowledge, general tasks and demands, self-care, mobility, social, community and civic life as well as environment and natural modifications made by man. These findings indicate functionality of workers hired under employment laws to be most affected, which could be associated with unfavorable organization and work environment, health care and rehabilitation of occupational improperly conducted.

Keywords: Work-related Musculoskeletal Disorders, Functioning, Disability, Workers.

INTRODUÇÃO

As doenças musculoesqueléticas (DME) relacionadas ao trabalho geram impactos diretos sobre a economia, por acarretar afastamento temporário ou permanente do trabalho^{11, 17}. Tais doenças repercutem em incapacidade que depende de um complexo emaranhado de aspectos incluindo os fatores pessoais, os sociais e os trabalhistas, bem como se relacionam com a assistência à saúde e com o suporte do seguro social^{11, 19}. O contexto social interfere no estado de saúde dos indivíduos incapacitados pelo trabalho e vice-versa¹¹.

As mulheres são mais suscetíveis a DME em ombro e pescoço, fato provavelmente relacionado com o tipo de atividade desempenhada que exige trabalho estático da musculatura dessas regiões do corpo¹⁷. Movimentos repetitivos, manutenção de posturas inadequadas, falta de pausas, monotonia, exigência por produtividade, baixo controle sobre atividade a ser desempenhada são fatores que propiciam o surgimento das DME²². Estas são causadas pelo comprometimento de ordem física e psíquica como problemas no sono, dor, fadiga, edema, sintomas de ansiedade e depressão, bem como acarretam prejuízos nas atividades e na participação social³³.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde propôs a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que, por meio de uma linguagem unificada e padronizada, permite a descrição das dimensões biopsicossocial dos indivíduos. É uma ferramenta de utilidade científica, permite a comunicação entre os diversos atores sociais e profissionais de saúde, assim como é dividida em componentes, incluindo, funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. Dentro dos componentes existem os domínios de saúde e relacionados à saúde, que englobam as categorias, unidades de classificação que, no seu conjunto, permitem demonstrar o perfil de incapacidade/funcionalidade dos indivíduos²³.

O grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: Saúde, Trabalho e Funcionalidade desenvolveu o Protocolo de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT. Esse instrumento foi desenvolvido após estudos e debates entre profissionais com experiência em saúde ocupacional e descreve o estado de saúde do trabalhador com base na triangulação metodológica de narrativas, dos instrumentos psicométricos e do Core Set LER/DORT. O Core Set LER/DORT é uma

ferramenta elaborada com base na eleição de algumas categorias da CIF que têm o objetivo de descrever o impacto das DME nas dimensões biopsicossocial do trabalhador acometido. Este diagnóstico orienta o plano de reabilitação sob uma perspectiva individual¹⁸.

As DME surgem em trabalhadores de diversas ocupações^{9, 17}. No Brasil, tanto os trabalhadores celetistas que possuem vínculo empregatício estabelecido com base na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), quanto os trabalhadores estatutários que são servidores públicos e têm a relação de trabalho fundamentada por meio da Lei 8.112/1990, sofrem com tais doenças.

Trabalhadores celetistas e servidores públicos possuem direitos como benefícios, pensões, auxílios, aposentadorias, licenças. No entanto, os estatutários possuem situação diferenciada dos demais trabalhadores quando têm direito a estabilidade na ocupação e a assistência à saúde de cunho multidisciplinar com suporte da rede pública e privada de saúde⁶. Estas diferenças podem favorecer a melhor funcionalidade. Objetivou-se, portanto, comparar o grau de funcionalidade de trabalhadoras celetistas e estatutárias com DME.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal. Os dados foram analisados em uma amostra de 40 trabalhadoras com diagnóstico de LER/DORT, que tinham acometimento maior de membros superiores e cervical. Os dados foram obtidos dos Protocolos de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT pertencentes às seguintes instituições: Ambulatório de Dor Crônica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia (HUPES/UFBA), Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CESAT), Departamento de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (SERTO/EBMSP) e Tribunal Regional do Trabalho (TRT) 5ª região, todos localizados no Estado da Bahia.

O perfil de funcionalidade foi analisado com base em domínios do Core Set LER/ DORT. Os dados primários foram coletados entre os anos de 2007 e 2009.

A matriz de dados contém informações sobre os fatores pessoais e a funcionalidade das trabalhadoras com DME. O Core Set LER/DORT foi analisado com

base em 104 categorias, seus respectivos domínios e componentes, funções do corpo, estrutura do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. De acordo com o número de Protocolos de Funcionalidade para trabalhadores com LER/DORT existentes nos serviços, foram verificados 18 Core Sets LER/DORT aplicados a trabalhadoras celetistas e 22 a trabalhadoras estatutárias.

Após a análise das 104 categorias e dos 20 domínios do Core Set LER/DORT, foram excluídas as categorias das funções de dor generalizada e da mobilidade de várias articulações, das estruturas do sistema nervoso simpático e parassimpático e o domínio dos fatores ambientais, serviços, sistemas e políticas. Tal exclusão ocorreu por perdas em mais de 50% dos registros. Restaram 92 categorias e 18 domínios que foram explorados, (Quadro 1).

Cada categoria foi, primeiramente, qualificada com base nas respostas dos trabalhadores. Funções e estruturas do corpo foram classificadas em nenhuma deficiência (0), deficiência leve (1), moderada (2), grave (3), completa (4). Atividades e participação foram especificadas como nenhuma dificuldade (0), dificuldade leve (1), moderada (2), grave (3), completa (4). Facilitadores e barreiras foram referidos como facilitador e/ou barreira, sendo nenhuma barreira (0), barreira leve (-1), moderada (-2), grave (-3), completa (-4). O facilitador foi pontuado como: nenhum (0), leve (+1), moderado (+2), considerável (+3), completo (+4). Os qualificadores das barreiras e dos facilitadores quando ocorriam concomitantemente para a mesma categoria foram somados.

Posteriormente, as categorias foram agrupadas nos seus respectivos domínios, do seguinte modo:

$$I_d = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_c}{n}$$

Nesta equação, I_d representa o índice para cada domínio, X (1, 2, ..., c) o qualificador para as categorias e n o número de categorias existentes por domínio.

A terceira etapa foi desenvolvida por meio da quantificação dos domínios do Core Set LER/DORT, com a pontuação: nenhuma deficiência (0 \vdash 1), deficiência leve (1 \vdash 2), moderada (2 \vdash 3), grave (3 \vdash 4), ou completa (4). As atividades e participação incluíram nenhuma dificuldade (0 \vdash 1), dificuldade leve (1 \vdash 2),

moderada (2 † 3), grave (3 † 4), completa (4). Os fatores ambientais pontuaram: nenhuma barreira (0 † 1), barreira leve (-1 † -2), moderada (-2 † -3), grave (-3 † -4), completa (-4); ou nenhum facilitador (0 † 1), facilitador leve (+1 † +2), moderado (+2 † +3), considerável (+3 † +4) completo (+4).

A base de dados foi construída no pacote estatístico SPSS, versão 13.0. Houve a realização do teste das séries de uma amostra para verificar a aleatoriedade dos registros obtidos³⁰. Após a realização do teste foi apontado que as amostras aceitaram a aleatoriedade. Foi realizado o teste não paramétrico Mann-Whitney unilateral para testar a hipótese nas duas amostras independentes de trabalhadoras celetistas e estatutárias com DME, adotando-se o nível de significância de 0,05.

Hipóteses do teste:

H_0 = as duas amostras eram provenientes da mesma população;

H_1 = as trabalhadoras estatutárias apresentaram melhor estado de saúde representado por menores qualificadores para os domínios pertencentes às funções e estruturas do corpo, às atividades e participação, assim como apresentaram maiores qualificadores para os fatores ambientais.

Foram tomadas todas as medidas para estabelecer respeito, resguardar a identidade, proporcionar a beneficência e a não maleficência dos trabalhadores e a confidencialidade dos dados, segundo a resolução 196/96. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, com o Protocolo número 64/2009.

RESULTADOS

As 22 trabalhadoras estatutárias recebiam, mensalmente, acima de cinco salários mínimos, tinham, em média, 46 anos de idade (desvio padrão – DP: 5) e 16 anos de educação formal; 73% delas encontravam-se em atividade. As 18 trabalhadoras celetistas possuíam renda mensal de um a cinco salários mínimos, média de idade de 46 anos (DP: 7) e 12 anos de educação formal; 83% delas estavam afastadas do trabalho.

Maior deficiência foi apontada nas avaliações das trabalhadoras celetistas. Tal fato associa-se com a maioria dos quartis das funções e estruturas do corpo das celetistas, que foram maiores, do que aqueles apresentados para as estatutárias. As diferenças entre esses dois grupos foram estatisticamente significantes para funções mentais, sensoriais e dor, da pele e para as estruturas relacionadas ao movimento, (Tabela 1).

Grande parte das trabalhadoras celetistas registrou dificuldade moderada a completa para todos os domínios das atividades e participação analisados, enquanto que, para metade destes, a maioria das trabalhadoras estatutárias referiu nenhuma a dificuldade moderada. As diferenças entre os dois grupos foram estatisticamente significantes para aplicação do conhecimento, tarefas e exigências gerais, mobilidade, autocuidados, interações e relacionamentos e vida comunitária, social e cívica, (Tabela 2).

A maior parte das trabalhadoras celetistas qualificou mais as barreiras e os facilitadores, dentro dos domínios do Core Set LER/DORT, na comparação com registros das trabalhadoras estatutárias. Para ambos os estratos, apoio e relacionamentos e atitudes foram abordados como facilitadores, enquanto produtos e tecnologia, ambiente natural e modificações feitas pelo homem foram apresentados como barreiras. Este último foi o único domínio que apresentou diferença estatisticamente significante entre os grupos, (Tabela 3).

DISCUSSÃO

As trabalhadoras celetistas, provavelmente, possuíram maior grau de incapacidade representada pelas diferenças estatisticamente significantes entre domínios das funções e estruturas do corpo, das atividades e participação e dos fatores ambientais. Nas avaliações dessas trabalhadoras, foram encontradas maiores deficiências em funções e estruturas do corpo e mais dificuldades para atividades e participação. Problemas nas funções fisiológicas e estruturas corpóreas podem ser gerados por movimentos repetitivos, realização de horas extras, manutenção de posturas inadequadas, menor controle sobre a atividade laboral e carência de pausas no ambiente de trabalho. O afastamento do trabalho, assistência à saúde e reabilitação feitas de modo

inadequado podem ter contribuído para o estado de saúde mais prejudicado das trabalhadoras celetistas.

As trabalhadoras celetistas apresentaram menor condição financeira e menos anos de estudo. Registros científicos indicam que a dor crônica é mais prevalente em pessoas que possuem poucos anos de educação, assim como naquelas que têm renda salarial mais baixa²⁷. O posto de trabalho ocupado por mulheres tende a propiciar mais movimentos repetitivos com membros superiores e a condição musculoesquelética pode ser mais comprometida quando mulheres têm dupla jornada de trabalho, evidenciada por afazeres domésticos e atividade de trabalho^{26, 31}. O acúmulo de tarefas, possivelmente, faz parte do cotidiano das trabalhadoras celetistas deste estudo, diferentemente das servidoras públicas que, por possuírem maior renda, podem recorrer a auxílios de pessoas que prestam serviços domésticos. Registros da literatura sinalizam que a maior condição socioeconômica repercute no maior suporte social e no bem-estar^{5, 34}.

A aferição de dados subjetivos está sujeita ao viés de informação. Os sintomas de dor musculoesquelética podem ser mais relatados por trabalhadores que possuem pouca assistência à saúde e social²⁸. As trabalhadoras celetistas apresentaram-se mais afastadas do trabalho. O afastamento prolongado do trabalho propicia a piora da condição de saúde¹¹. Por outro lado, carência na assistência à saúde, baixo suporte social e institucional podem relacionar-se com a maior incapacidade³⁶.

As diferenças na funcionalidade/incapacidade de trabalhadoras celetistas e estatutárias podem estar relacionadas com aspectos da organização do trabalho e do ambiente laboral que interferem no estado de saúde dos trabalhadores³². Trabalhadores celetistas podem sofrer com jornada de trabalho excessiva, pressão para produtividade, baixo controle sobre a atividade de trabalho e excesso de força aplicada para carregamento de objetos²⁶. Tais fatores contribuem para o surgimento das DME²².

Trabalhadores adoecidos sofrem com incerteza sobre o seu futuro quando não sabem se permanecerão desempregados^{13, 34}, se receberão ou continuarão com benefício previdenciário ou se serão ou não aposentados por doença de origem ocupacional³⁴. Estudos indicam que pessoas com dificuldades para reinserção no mercado de trabalho apresentam pior estado de saúde³⁶. Quando as empresas adotam políticas favoráveis à saúde do trabalhador¹⁴, assim como quando há atuação multidisciplinar dos

profissionais envolvidos na reabilitação ocupacional, melhor é a condição de saúde dos trabalhadores³.

O contexto social interfere na saúde dos indivíduos lesionados pelo trabalho e vice-versa. As políticas e organizações sindicais, do sistema de seguro, de saúde, da comunidade e do trabalho interferem no estado de saúde de cada trabalhador e podem repercutir de modo negativo com abuso de analgésicos, ausência da atividade laboral e deficiências¹¹.

O suporte do trabalhador celetista é prestado pela Previdência Social. Caso o trabalhador adoença ou acidente-se poderá ser concedido benefício para afastamento da atividade laboral. A concessão deste é de responsabilidade dos peritos médicos pertencentes ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)⁸. A duração do benefício é relativa ao tempo que o indivíduo permanecer incapacitado para o trabalho e independe da continuidade da lesão. O programa destinado à reabilitação profissional do INSS, denominado Reabilita, prioriza a mudança da função sem o plano de reabilitação terapêutico²¹. Apesar de o retorno ao trabalho precoce ser vantajoso, a reabilitação para controle de sinais e sintomas é necessária¹⁰.

A assistência à saúde dos trabalhadores celetistas é garantida pelo SUS¹⁴ e muitas vezes há dificuldades para acessar serviços especializados e realizar exames complementares²⁶.

O suporte social do servidor público adoecido é de responsabilidade do Estado. Os servidores possuem a garantia de estabilidade na função ocupacional e proteção para resolução de problemas de saúde, de ordem familiar e/ou pessoal com garantia da manutenção da atividade ocupacional. Para assistência à saúde o servidor dispõe tanto dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto do auxílio dos profissionais de saúde da rede privada financiado pelo trabalhador e União^{6,7}.

No âmbito da instituição pública, o servidor público estatutário quando doente é submetido a uma perícia médica em que, se constatado problema de saúde incapacitante temporariamente para o trabalho, é concedida licença para tratamento da saúde com proventos integrais e há suporte médico, psicológico, odontológico e farmacêutico⁷. Percebe-se que, na atualidade, a assistência à saúde desses servidores depende de cada

instituição e muitas vezes não existe, ainda, um suporte multidisciplinar²⁰. No entanto, para as servidoras públicas da pesquisa esse suporte assistencial é praticado.

A maioria dos sistemas de cuidado do trabalhador adoecido é baseada, puramente, no tratamento da lesão. Tal fato contribui para ineficácia do processo de reabilitação, já que os fatores psicossociais e o caráter multidimensional da incapacidade não são contemplados. Muitas vezes, a carência na assistência à saúde acarreta a cronicidade do adoecimento gerando mais custos para o sistema de saúde e previdenciário²⁹. Para condições agudas, o tratamento da lesão é eficaz, no entanto, para condições crônicas, que geram comprometimento nas diversas dimensões dos indivíduos, a abordagem de cunho biopsicossocial é mais apropriada^{10, 29}. Desse modo, devem ser considerados aspectos da organização do trabalho, do ambiente laboral, do tratamento multidisciplinar dos profissionais de saúde, dos fatores pessoais do trabalhador e do suporte da seguridade social¹⁹.

Os fatores psicossociais relacionados ao trabalho propiciam o aparecimento das DME e incluem baixa satisfação, pressão para produtividade, monotonia, relações negativas com colegas e supervisores, problemas diários, sensação de insegurança, pouco controle sobre a atividade e estresse no ambiente de trabalho²². O estresse crônico no trabalho pode originar aumento do tônus muscular promovendo, conseqüentemente, sobrecarga mecânica em estruturas corporais como tendões, ligamentos e músculos, bem como pode gerar estímulo hormonal que desencadeia a liberação de substâncias pró-inflamatórias. O sofrimento psíquico pode, também, levar a vasoconstricção muscular repercutindo em dores e fadiga¹.

Houve diferença estatística entre os grupos das trabalhadoras indicando que as celetistas apresentaram maior deficiência para as funções sensoriais e dor, assim como para sensações da pele e estruturas relacionadas ao movimento que englobam regiões da cabeça e pescoço, ombros e membros superiores. A repetição de movimentos e trabalho estático de grupos musculares de membros superiores e ombros pode repercutir em epicondilite, tenossinovite, síndrome do túnel do carpo, bursite subacromial e tendinite do manguito rotador³⁵. A constante aplicação de força e movimentos repetitivos acarretam lesão dos tecidos que gera inflamação e organização tecidual. Caso aconteça a propagação do dano, há cronificação da inflamação e conseqüente fibrose, comprometimento de estruturas sensitivas e motoras, assim como existem perdas

teciduais levando a sinais e sintomas como edema, dor e parestesia⁴. Estas sensações contribuem para redução da capacidade funcional e aparecimento de problemas psíquicos².

Os registros indicam que as trabalhadoras celetistas, possivelmente, apresentam maior acometimento das funções mentais. Tal fato pode relacionar-se com as demandas psíquicas do trabalho, o medo do desemprego, as sensações dolorosas que interferem em funções da atenção e da memória¹² e geram ansiedade e depressão^{2, 33}. O controle sobre a atividade laboral, satisfação com o trabalho e suporte dos colegas e supervisores estão muito relacionados com a saúde mental dos trabalhadores¹⁶.

A análise estatística indica que as trabalhadoras celetistas, provavelmente, apresentaram maior comprometimento da aplicação do conhecimento, das tarefas e exigências gerais, da mobilidade, dos autocuidados, das interações e relacionamentos e da vida comunitária, social e cívica. Tal diferença pode associar-se com as maiores deficiências nas funções e estruturas do corpo que propiciam dificuldades em atividades e participação²³.

Trabalhadores com DME geralmente têm limitações para executar atividades do cotidiano como autocuidado^{12, 25}, tarefas domésticas e atividades laborais¹², assim como apresentam restrições na participação social³³. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as amostras para vida doméstica e áreas principais da vida, que envolvem categorias relacionadas à vida profissional. Entretanto, a maioria das trabalhadoras celetistas sinalizou dificuldade grave a completa, enquanto que a maior parte das estatutárias pontuou dificuldade moderada a grave para esses domínios.

Trabalhadoras celetistas potencializaram mais apoio e relacionamentos como facilitadores. Tal fato pode relacionar-se com o maior grau de deficiência que demanda apoio das outras pessoas para realização das atividades cotidianas²⁴, assim como esse fator ambiental pode ter sido mais valorizado pelas celetistas. Por outro lado, estas enfatizaram mais o ambiente natural e as modificações feitas pelo homem como barreiras e existiu diferença estatisticamente significativa entre os dois estratos para este domínio. Esta evidência condiz com a realidade das trabalhadoras que, frequentemente, utilizam o transporte público e, por conseguinte, estão mais expostas às vibrações e ao desconforto térmico que podem provocar ou agravar queixas musculoesqueléticas^{15, 31}.

CONCLUSÃO

Trabalhadoras celetistas apresentaram maior comprometimento das funções e estruturas do corpo e das atividades e participação. Tal fato pode relacionar-se com organização do trabalho e ambiente laboral desfavoráveis, afastamento da atividade de trabalho, assistência à saúde e reabilitação ocupacional realizadas de modo inadequado. De outro modo, a maior funcionalidade das trabalhadoras estatutárias pode associar-se com estabilidade empregatícia, suporte da equipe multidisciplinar da rede pública e privada de saúde, bem como pode vincular-se com direito à licença para recuperação do estado de saúde com proventos integrais, quando confirmada por perícia médica.

Movimentos repetitivos, manutenção de posturas inadequadas e excesso da jornada de trabalho podem gerar comprometimento de funções e estruturas corpóreas, por consequência, deficiências podem repercutir em dificuldades para atividades e participação social. Funções sensoriais e de dor, sensações relacionadas à pele e estruturas relacionadas ao movimento, realização das tarefas e exigências gerais, mobilidade, autocuidados, vida, comunitária, social e cívica, possivelmente, estiveram mais prejudicados em avaliações de trabalhadoras celetistas.

Funções mentais, tarefas e exigências gerais, aplicação do conhecimento e interações e relacionamentos, provavelmente, estiveram mais prejudicados em registros das trabalhadoras celetistas. Essa evidência pode associar-se com sofrimento psíquico vivenciado no ambiente de trabalho, bem como pode relacionar-se com o medo do desemprego, o afastamento prolongado da atividade laboral e a dor crônica que propiciam o aparecimento de sintomas de ansiedade e depressão.

O ambiente natural e modificações naturais feitas pelo homem foram mais obstáculos para trabalhadoras celetistas. Tal fato sugere maior exposição destas ao desconforto térmico e à vibração, o que pode agravar o estado de saúde.

Os resultados sinalizam para necessidade da assistência biopsicossocial, com ênfase na redução das deficiências e dificuldades por meio da atuação multidisciplinar

de profissionais de saúde e em organizações e ambiente de trabalho que sejam favoráveis à reinserção no mercado de trabalho. Tais medidas podem melhorar o estado de saúde e reduzir a quantidade de afastamentos entre as trabalhadoras.

REFERÊNCIAS

1. Aptel M, Aublet-Cuvelier A, Cnockaert JC. Work-related musculoskeletal disorders of the upper limb. *Joint Bone Spine*. 2002; 69: 546-55.
2. Barbe MF, Barr AE. Inflammation and the pathophysiology of work-related musculoskeletal disorders. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2006; 20: 423-429.
3. Bartilotti CB, Andrade PR, Varandas JM, Ferreira PCG, Cabral C. Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional. *Acta Fisiatr*. 2009; 16 (2): 66-75.
4. Barr AE, Barbe MF, Clark BD. Work-related musculoskeletal disorders of the hand and wrist: epidemiology, pathophysiology, and sensorimotor changes. *Journal Orthop.Sports Phys. Ther*. 2004; 34 (10): 610-627.
5. Binglefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain – a gender perspective. *European Journ. Pain*. 2004; 8: 435-450.
6. Brandão TB. As configurações da seguridade social do servidor público federal a partir da Constituição Federal de 1988: uma primeira aproximação. *Ser. Social*. 2007; 20: 119-143.
7. Brasil. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF (11 de dezembro, 1990)*.
8. Brasil. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF (24 de julho, 1991)*.

9. Buckle P. Ergonomics and musculoskeletal disorders: overview. *Occupational Medicine* 2005; 55: 164-167.
10. Burton AK, Kendall NAS, Pearce BG, Birrell LN, Bainbridge LC. Management of work-relevant upper limb disorders: a review. *Occupat. Medicine*. 2009; 59: 44-52.
11. Dembe AE. The Social Consequences of Occupational Injuries and Illnesses. *Americ. J. Industrial Medic.* 2001; 40: 403- 417.
12. Dick BD, Rashid S. Disruption of Attention and Working Memory Traces in Individuals with Chronic Pain. *Anesth.& Analges.* 2007; 104(5): 1223-1229.
13. Garcia VMD, Mazzoni CF, Corrêa DF, Pimenta RU. Análise do perfil do paciente portador de doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT) e usuário do serviço de saúde do trabalhador do SUS em Belo Horizonte. *Rev. bras. Fisioter.* 2004; 8 (3): 273-278.
14. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 37-41.
15. Hagberg M. Clinical assesment of musculoskeletal disorders in workers exposed to hand-arm vibration. *Int. Arch. Occup. Environ. Health.* 2002; 75: 97- 105.
16. Lange AH, Taris TW, Kompier MAJ, Houtman ILD, Bongers PM. The relationships between work characteristics and mental health: Examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. 2004; 18(2): 149- 166.
17. Larsson B. Work related neck–shoulder pain: a review on magnitude, risk factors, biochemical characteristics, clinical picture and preventive interventions. *Best Practice & Research Clinical Rheumat.* 2007; 21(3): 447–463.
18. Lima MAG, Neves RF, Tironi MOS, Nascimento AMDN, Magalhães FB. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. *Acta Fisiatr.* 2008; 15 (4): 229-235.
19. Loisel P, Durand M, Berthelette D, Vézina N, Baril R, Gagnon et al. Disability Prevention: New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain Dis. *Manage Health Outcome.* 2001; 9 (7): 350-360.

20. Lopez ED. Expectativa dos Especialistas com a inclusão da odontologia ocupacional na saúde do trabalhador servidor público- estatutário [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2009.
21. Maeno M, Vilela RA. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública, *Rev. bras. Saúde ocup.* 2010; 35 (121): 87-99.
22. National Research Council. Institute of Occupational Medicine. Musculoskeletal disorders and the workplace: low back and upper extremities. Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace. Washington: National Academy Press; 2001. p. 85- 96.
23. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2003.
24. Pessoa JCS, Cardia MCG, Santos MLC. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT- LER: um estudo de caso. *Ciência Saúde Colet.* 2010; 15 (3): 821-830.
25. Picavet HSJ, HoeymansN. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann. Rheum. Dis.* 2004; 63: 723-729.
26. Robles ACC, Silveira J. Significados e repercussões do adoecimento relacionado ao trabalho para trabalhadores atendidos na perícia médica do instituto nacional de seguridade social. *Rev. Saúde Públ.* 2009; 2 (1): 41-55.
27. Saastamoinena P, Leino-Arjasb P, Laaksonena M, Lahelmaa E. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain.*2005; 114: 364-371.
28. Schierhout GH, Myers JE. Self-Reported Pain an Appropriate Outcome Measure in Ergonomic-Epidemiologic Studies of Work-Related Musculoskeletal Disorders? *Americ. Journ. Industrial Medic.* 1996: 30; 93-98.
29. Schultz IZ, Crook J, Fraser K, Joy PW. Models of Diagnosis and Rehabilitation in Musculoskeletal Pain-Related Occupational Disability.*Journ. OccupationalRehabilitat.* 2000; 10 (4): 271-293.
30. Siegel S, Castellan JNJ. Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento. São Paulo: Artmed; 2006. p. 78- 84.

31. Strazdins L, Bammer G. Women, work and musculoskeletal health. *Social Scienc. & Medic.* 2004; 58: 997–1005.
32. Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, Lancman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2010; 35 (121): 10-22.
33. Tüzün EH. Quality of life in chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumat.* 2007; 21(3): 567- 579.
34. Viana SO, Sampaio R F, Mancini MC, Parreira VF, Drummond AS. Life Satisfaction of Workers with Work-related Musculoskeletal Disorders in Brazil: Associations with Symptoms, Functional Limitation and Coping. *Journ.Occup.Rehabil.* 2007; 17: 33-46.
35. Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, Coggon D, Cooper C. Prevalence and Impact of Musculoskeletal Disorders of the Upper Limb in the General Population. *Arthritis & Rheumatism.* 2004; 51 (4): 642- 651.
36. Woods V. Work-related musculoskeletal health and social support. *Occupat. Medicine.* 2005; 55: 177- 189.

QUADRO

Quadro 1. Domínios e categorias do Core Set LER/DORT analisados na pesquisa da funcionalidade de trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, 2007 a 2009

Domínios	Categorias
Funções mentais	b126 Temperamento e da personalidade; b1300 Nível de energia; b1301 Motivação; b1340 Quantidade do sono; b1342 Manutenção do sono; b1343 Qualidade do sono; b140 Função da atenção; b144 Funções da memória; b152 Funções emocionais; b1801 Imagem do corpo
Funções sensoriais e dor	b260 Função propioceptiva; b265 Função tátil; b2700 Sensibilidade à temperatura; b280 Função da sensação de dor; b2801 Função da dor localizada; b28010 Dor na cabeça ou pescoço; b28014 Dor em membro superior; b28016 Dor nas articulações; b2802 Dor em múltiplas partes do corpo; b2803 Dor irradiante em um dermatomo; b2804 Dor irradiante em um segmento ou região
Aplicação do conhecimento	d177 Tomar decisões
Tarefas e exigências gerais	d230 Realizar rotina diária; d240 Lidar com estresse e outras exigências psicológicas
Mobilidade	d415 Manter a posição do corpo; d430 Levantar e transportar objetos; d440 Movimentos finos da mão; d445 Utilização da mão e do braço; d450 Andar; d470 Utilização de transporte; d475 Dirigir
Autocuidado	d510 Lavar-se; d520 Cuidar das partes do corpo; d540 Vestir-se; d550 Comer; d570 Cuidar da própria saúde
Vida doméstica	d630 Preparar refeições; d640 Realizar as tarefas domésticas; d650 Cuidar dos objetos da casa; d660 Ajudar os outros
Interações e relacionamentos interpessoais	d720 Interações interpessoais complexas; d760 Relações familiares; d770 Relações íntimas
Áreas principais da vida	d825 Formação profissional; d830 Educação de nível superior; d845 Obter, manter e sair de um emprego; d850 Trabalho remunerado; d855 Trabalho não remunerado
Vida comunitária, social e cívica	d910 Vida comunitária; d920 Recreação e lazer; d930 Religião e vida espiritual
Produtos e tecnologia	e1101 Medicamento; e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária; e120 Produtos e tecnologias para deslocamento em ambiente interno externo; e1350 Produtos e tecnologias gerais para o trabalho; e1351 Produtos e tecnologias de assistência para o trabalho; e1650 Patrimônio financeiro; e1651 Bens materiais; e1652 Bens não materiais
Ambiente e modificações naturais feitas pelo homem	e2250 Temperatura; e255 Vibração
Apoio e relacionamentos	e310 Família imediata; e315 Família ampliada; e320 Amigos; e325 Conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade; e330 Pessoas em posição de autoridade; e340 Prestadores de cuidados pessoais; e355 Profissionais de saúde; e360 Profissionais relacionados à saúde
Atitudes	e410 Atitudes individuais da família imediata; e415 Atitudes individuais da família ampliada; e420 Atitudes individuais de amigos; e425 Atitudes individuais de conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade; e430 Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade; e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde; e455 Atitudes individuais de outros profissionais; e460 Atitudes sociais; e465 Normas, práticas e ideologias sociais

TABELAS

Tabela 1. Índices dos domínios das funções e estruturas do corpo das trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, 2007 a 2009

Funções e estruturas do corpo	Trabalhadoras celetistas			Trabalhadoras estatutárias			valor p*
	Primeiro Quartil	Segundo Quartil	Terceiro Quartil	Primeiro Quartil	Segundo Quartil	Terceiro Quartil	
Funções mentais	1,7	2,2	2,5	1,0	1,4	2,0	0,000**
Funções sensoriais e dor	1,8	2,2	2,9	1,1	1,4	1,6	0,000**
Funções geniturinárias e reprodutivas	0,8	2,0	3,0	0,0	2,0	2,0	0,097
Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento	0,7	1,3	2,5	0,3	1,0	1,4	0,061
Funções da pele	1,0	2,0	3,3	0,0	2,0	2,0	0,016**
Estruturas relacionadas ao movimento	1,4	2,0	2,3	0,8	1,5	1,8	0,01**

*valor p do teste Mann Whitney unilateral

**teste de significância estatística a 0,05

Tabela 2. Índices dos domínios das atividades e participação das trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009

Atividades e participação	Trabalhadoras celetistas			Trabalhadoras estatutárias			valor p*
	Primeiro Quartil	Segundo Quartil	Terceiro Quartil	Primeiro Quartil	Segundo Quartil	Terceiro Quartil	
Aplicação do conhecimento	0,0	1,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,004**
Tarefas e exigências gerais	1,0	1,5	3,0	0,3	1,0	1,5	0,004**
Mobilidade	1,8	2,5	2,7	1,1	1,7	2,2	0,004**
Autocuidados	0,8	1,7	2,4	0,6	1,4	1,9	0,002**
Vida Doméstica	1,9	2,4	3,1	1,0	1,8	2,3	0,08
Interações e relacionamentos	0,7	1,0	2,0	0,0	0,7	1,5	0,002**
Áreas principais da vida	2,3	3,0	3,9	1,3	2,0	2,5	0,057
Vida Comunitária, Social e Cívica	1,3	2,0	2,7	0,4	1,3	2,3	0,001**

*valor p do teste Mann Whitney unilateral

**teste de significância estatística a 0,05

Tabela 3. Índices dos domínios dos fatores ambientais das trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009

Fatores Ambientais	Trabalhadoras celetistas			Trabalhadoras estatutárias			valor p*
	Primeiro Quartil	Segundo Quartil	Terceiro Quartil	Primeiro Quartil	Segundo Quartil	Terceiro Quartil	
Produtos e tecnologia	-1,2	-0,3	1,2	-0,9	-0,5	0,1	0,361
Ambiente natural e modificações feitas pelo homem	-3,0	-2,8	-2,4	-2,8	-2,0	-1,5	0,008**
Apoio e relacionamentos	0,2	2,0	2,5	0,4	1,1	1,9	0,133
Atitudes	-1,1	-0,1	1,1	-0,2	0,3	1,6	0,105

*valor p do teste Mann Whitney unilateral

**teste de significância estatística a 0,05

ARTIGO III

**CORRELAÇÃO ENTRE DOMÍNIOS DE FUNCIONALIDADE DE
TRABALHADORAS CELETISTAS E ESTATUTÁRIAS COM DOENÇAS
MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO**

ANA CLARISSA LOPES SILVA

LAURO ANTONIO PORTO

DENISE NUNES VIOLA

MONICA ANGELIM GOMES DE LIMA

CORRELAÇÃO ENTRE DOMÍNIOS DE FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORAS CELETISTAS E ESTATUTÁRIAS COM DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO

Resumo

Trabalhadoras com doenças musculoesqueléticas (DME) relacionadas ao trabalho possuem deficiências em funções e estruturas do corpo, bem como tem dificuldades para executar atividades do cotidiano e desenvolver a participação social. Os fatores do ambiente podem atuar de modo negativo ou positivo como barreiras ou facilitadores, agravando ou melhorando o estado de saúde das pessoas. Objetivou-se verificar a correlação entre alguns domínios da saúde, que pertencem aos componentes das funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais de trabalhadoras estatutárias e celetistas com DME. Houve mais correlações entre as funções mentais e sensoriais e de dor com as atividades e participação e fatores ambientais de trabalhadoras celetistas. As correlações indicaram que a funcionalidade das trabalhadoras celetistas esteve mais prejudicada, bem como as correlações positivas sinalizaram que maiores deficiências repercutiram em mais dificuldades. Quando fatores ambientais como temperatura, vibração e atitudes foram obstáculos as funções mental e sensorial e de dor apresentaram-se mais comprometidas.

PALAVRAS-CHAVE: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho; Trabalhadoras; Funcionalidade; Incapacidade.

CORRELATION BETWEEN DOMAINS OF FUNCTIONING OF WORKERS HIRED UNDER EMPLOYMENT LAWS AND STATUTORY WORKERS WITH WORK-RELATED DISORDERS

Workers with work-related musculoskeletal disorders (WMDs) have deficiencies in the body functions and structures, and have difficulty performing daily activities and developing social participation. Environmental factors can act in a negatively or positively as barriers or facilitators, worsening or improving the health status of people. This study assessed the correlation between some areas of health, based on components of body functions, activities and participation and environmental factors of workers hired under employment laws and statutory workers with WMDS. There were more correlations between mental and sensory functions and pain with activities and participation and environmental factors of workers hired under employment laws. The correlations signaled that more deficiencies mean more difficulties. When environmental factors such as temperature, vibration and attitudes were obstacles mental and sensory functions and pain were more damaged.

KEYWORDS: Work-related Musculoskeletal Disorders; Workers; Functioning; Disability

INTRODUÇÃO

As doenças musculoesqueléticas (DME) relacionadas ao trabalho são geradas tanto por fatores físicos, como esforços repetitivos e manutenção de posturas estáticas, quanto por aspectos psicossociais do trabalho como monotonia, baixo controle e pressão para execução das atividades laborais¹⁵. As doenças geram sintomas como parestesia, dor e sensação de peso, assim como são responsáveis por contribuir para problemas de ordem psíquica¹⁴. A complexidade das DME muitas vezes relaciona-se com a incapacidade que requer tratamento multidisciplinar, com ênfase na redução de problemas físicos e psíquicos e na minimização das dificuldades geradas nas diversas atividades e participação da vida cotidiana⁹.

A sensação de incapacidade, gerada por decorrência das limitações, contribui para o aparecimento de problemas psíquicos²⁵. Tal fato faz parte do processo de adoecimento musculoesquelético crônico, gerado pela interação entre prejuízos físicos e sofrimento psíquico, que depende tanto das exigências biomecânicas quanto do estresse habitualmente ocorrido no ambiente de trabalho⁷.

O sofrimento psíquico origina mais limitações nas atividades cotidianas. Quando ele está associado com a dor a qualidade de vida é pior². A dor, quando crônica, pode estar relacionada com depressão, ansiedade, redução da participação social, irritabilidade, fadiga e transtornos do sono. A presença de doença mental pode interferir negativamente no cuidado de pessoas com dor crônica, assim como influi de modo negativo no estado de saúde⁵.

O medo do desemprego pode fazer com que muitos continuem trabalhando com dor. Na tentativa de amenizar o quadro algico, trabalhadores fazem, frequentemente, uso de analgésicos^{18, 26}. A perpetuação da lesão, sem o tratamento adequado para recuperação da estrutura corpórea, gera estímulos dolorosos frequentes corroborando para a cronificação do adoecimento^{7, 28}.

A avaliação médica de indivíduos com afecções crônicas, para constatação da incapacidade para o trabalho, frequentemente, é focada nas limitações físicas ou mentais do indivíduo e não considera as barreiras e facilitadores do ambiente, o contexto familiar, o local de trabalho e os fatores sociais^{18, 26}.

A Organização Mundial de Saúde propôs em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que tem o objetivo de descrever o estado de saúde, com base nos componentes: funções e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. Os componentes são constituídos por uma série de domínios da saúde e englobam categorias que permitem verificar a funcionalidade dos indivíduos¹⁶.

O grupo de pesquisa Atenção Integral à Saúde: Saúde, Trabalho e Funcionalidade vem estudando o estado de saúde de trabalhadores com DME por meio do Protocolo de Avaliação da Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT. Esta ferramenta visa levantar as demandas biopsicossocial de trabalhadores com o diagnóstico de LER/DORT, com base em uma triangulação metodológica desenvolvida a partir da entrevista narrativa sobre o processo de adoecimento, dos instrumentos psicométricos e do Core Set LER/DORT. O Core Set LER/DORT é composto de categorias selecionadas da CIF e tem como objetivo descrever a funcionalidade dos trabalhadores. Este diagnóstico orienta o plano terapêutico para retorno ao trabalho, proposto sob uma perspectiva individual¹¹.

Trabalhadoras estatutárias e celetistas com DME, possivelmente, apresentam diferentes estados de saúde. Essas desigualdades são representadas, principalmente, por maiores deficiências encontradas nas funções mentais e sensoriais e de dor das trabalhadoras celetistas¹⁹, objetivou-se, portanto, verificar a correlação entre os domínios de saúde em ambos os grupos de trabalhadoras.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal. Os dados procederam de uma amostra de 40 trabalhadoras com diagnóstico de DME, que tinham acometimento maior de membros superiores e região cervical. Os dados foram obtidos com base nos Protocolos de Avaliação de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT pertencentes às instituições: Ambulatório de Dor Crônica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia (HUPES/UFBA), Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CESAT), Departamento de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (SERTO/EBMSP) e Tribunal Regional do

Trabalho (TRT) 5ª região, todos localizados no Estado da Bahia. Os dados primários foram coletados entre os anos de 2007 e 2009.

A matriz de dados contém informações sobre os fatores pessoais e a funcionalidade das trabalhadoras com diagnóstico de LER/DORT. De acordo com o número de Protocolos de Funcionalidade para Trabalhadores com LER/DORT existentes nos serviços, foram verificados 18 Core Sets LER/DORT aplicados a trabalhadoras celetistas e 22 a trabalhadoras estatutárias.

O perfil de funcionalidade foi analisado com base nas 77 categorias, seus 14 domínios e componentes, funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais do Core Set LER/ DORT, (Quadro 1).

Cada categoria foi, primeiramente, qualificada com base nas respostas dos trabalhadores. Funções e estruturas do corpo foram classificadas em nenhuma deficiência (0), deficiência leve (1), moderada (2), grave (3), completa (4). Atividades e participação foram especificadas como nenhuma dificuldade (0), dificuldade leve (1), moderada (2), grave (3), completa (4). Facilitadores e barreiras foram referidos como facilitador e/ou barreira, sendo nenhuma barreira (0), barreira leve (-1), moderada (-2), grave (-3), completa (-4). O facilitador foi pontuado como: nenhum (0), leve (+1), moderado (+2), considerável (+3), completo (+4). Os qualificadores das barreiras e dos facilitadores quando ocorriam concomitantemente para a mesma categoria foram somados.

Posteriormente, as categorias foram agrupadas nos seus respectivos domínios, do seguinte modo:

$$I_d = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_c}{n}$$

Nesta equação, I_d representa o índice para cada domínio, X (1, 2, ..., c) o qualificador para as categorias e n o número de categorias existentes por domínio.

A terceira etapa foi desenvolvida por meio da quantificação dos domínios do Core Set LER/DORT, com a pontuação: nenhuma deficiência (0 \vdash 1), deficiência leve (1 \vdash 2), moderada (2 \vdash 3), grave (3 \vdash 4), ou completa (4). As atividades e participação incluíram nenhuma dificuldade (0 \vdash 1), dificuldade leve (1 \vdash 2),

moderada (2 \leq 3), grave (3 \leq 4), completa (4). Os fatores ambientais pontuaram: nenhuma barreira (0 \leq 1), barreira leve (-1 \leq -2), moderada (-2 \leq -3), grave (-3 \leq -4), completa (-4); ou nenhum facilitador (0 \leq 1), facilitador leve (+1 \leq +2), moderado (+2 \leq +3), considerável (+3 \leq +4) completo (+4).

A base de dados foi construída no pacote estatístico SPSS, versão 13. Houve a realização do teste das séries de uma amostra para verificar a aleatoriedade dos registros obtidos²¹. Após a realização do teste foi apontado que as amostras aceitaram a aleatoriedade. Foi realizado o teste de correlação de Spearman unilateral para amostras não paramétricas independentes de trabalhadoras estatutárias e celetistas com DME. Foi realizada a correlação entre as funções mentais e sensoriais e de dor com os domínios das atividades e participação e dos fatores ambientais do Core Set LER/DORT.

Foram tomadas todas as medidas para estabelecer respeito, resguardar a identidade, proporcionar a beneficência e a não maleficência dos trabalhadores e a confidencialidade dos dados, segundo a resolução 196/96. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, com o Protocolo número 64/2009.

RESULTADOS

As 22 trabalhadoras estatutárias recebiam, mensalmente, acima de cinco salários mínimos, tinham, em média, 46 anos de idade (desvio padrão – DP: 5) e 16 anos de educação formal; 73% delas encontravam-se em atividade. As 18 trabalhadoras celetistas possuíam renda mensal de um a cinco salários mínimos, média de idade de 46 anos (DP: 7) e 12 anos de educação formal; 83% delas estavam afastadas do trabalho.

As funções mentais e sensoriais e de dor apresentaram-se correlacionadas de modo positivo nos dois grupos, mais nitidamente no grupo das trabalhadoras celetistas, (Figura 1 e 2).

Registros das trabalhadoras celetistas apresentaram correlação positiva entre as funções mentais e os diversos domínios das atividades e participação, incluindo: aplicação do conhecimento, tarefas e exigências gerais, mobilidade, autocuidado, vida doméstica e áreas principais da vida. As funções sensoriais e dor estiveram

correlacionadas de modo positivo com a mobilidade, o autocuidado, a vida doméstica, as áreas principais da vida, (Tabela 1).

As análises das trabalhadoras estatutárias apresentaram correlação positiva das funções mentais com: tarefas e exigências gerais, vida doméstica, vida comunitária social e cívica. As funções sensoriais e dor estiveram relacionadas positivamente com a mobilidade, o autocuidado, a vida doméstica e a vida comunitária, social e cívica, (Tabela 1).

Associando-se as funções mentais e sensoriais e dor das trabalhadoras celetistas com os domínios dos fatores ambientais, foi verificado que houve correlação negativa com atitudes, ambiente natural e modificações feitas pelo homem. As análises das trabalhadoras estatutárias indicaram correlação de modo negativo entre funções sensoriais e dor com produtos e tecnologia, (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Com base nas análises da funcionalidade de trabalhadoras celetistas e estatutárias, foi possível evidenciar que houve maior correlação entre os domínios da saúde das celetistas. Tal fato sugere que estas possuíam maior incapacidade. As correlações indicaram que, provavelmente, as deficiências repercutiram em dificuldades e o sofrimento psíquico gerou maior prejuízo nas sensações de dor ou vice-versa. Funções mentais e sensoriais e de dor das celetistas podem ter sido agravadas por atitudes das pessoas da sociedade, desconforto térmico e vibração.

Foram encontradas correlações positivas entre as funções mentais e sensoriais e dor das trabalhadoras celetistas e estatutárias, evidências que concordam com registros da literatura, quando afirmam que a saúde mental interfere diretamente nos níveis de dor²⁴ ou a sensação de dor pode gerar sofrimento psíquico⁵. Quando há correlação entre esses aspectos os problemas na participação social, no estado geral da saúde e na vitalidade são maiores e pior é a qualidade de vida². O adoecimento crônico está associado com problemas mentais e quando estão unidos às sensações dolorosas acarretam, constantemente, incapacidade para o trabalho⁴, limitações nas atividades cotidianas e na participação social⁷.

Trabalhadoras estatutárias possuem maior apoio social, tanto pela maior renda que facilita o acesso aos profissionais de saúde e outros, quanto pela estabilidade

empregatícia, fato que favorece a saúde mental¹⁹. Baixo apoio social, baixa satisfação e estresse no trabalho foram prejudiciais para saúde mental de trabalhadoras de baixa renda³. O bem-estar psíquico e as queixas de dor do trabalhador dependem do suporte social, do sistema de compensação, do ambiente de trabalho e dos fatores pessoais do indivíduo. Quando estes aspectos são desfavoráveis podem associadamente acentuar a incapacidade^{8, 23}. Por outro lado, o desamparo social pode favorecer a maior queixa de dores musculoesqueléticas pelos trabalhadores, acarretando o viés de informação²⁰.

A menor renda das trabalhadoras celetistas, carência na assistência social e medo do desemprego podem contribuir para severidade da lesão, abuso de analgésicos, maior número de licenças e afastamento prolongado do trabalho²⁴. A ameaça de desemprego, o ambiente de trabalho competitivo, a necessidade de trabalhar para garantir renda suficiente para subsistência, a baixa perspectiva sobre a reinserção social influenciam na sensação de desesperança agravando o sofrimento dessas trabalhadoras, tornando-as mais vulneráveis²².

A maioria das trabalhadoras celetistas apresentou-se afastada do trabalho. Tal fato pode relacionar-se com o baixo suporte fornecido para o retorno ao trabalho e a reabilitação ocupacional não condizente com as necessidades de trabalhadores com dor crônica^{6, 26}. Quando trabalhadores com DME não possuem assistência à saúde realizada por equipe multidisciplinar a condição de saúde é agravada. Isso contribui para o afastamento prolongado da atividade ocupacional e predispõe o aparecimento de doenças mentais como a depressão⁶.

As análises demonstraram correlações entre funções sensoriais e dor com mobilidade, autocuidado e vida doméstica para trabalhadoras celetistas e estatutárias, ou seja, possivelmente, quanto maior foi a deficiência sensorial mais dificuldade existiu para execução das atividades. Tal fato coincide com outros registros científicos quando afirmam que trabalhadores com dor possuem maior limitação para realização das atividades cotidianas¹⁸ como atividades domésticas e higiene pessoal¹⁰.

Houve, em ambos os grupos, correlações entre funções mentais com vida doméstica e tarefas e exigências, que incluem realizar a rotina diária e lidar com estresse e outras demandas psicológicas. O adoecimento psíquico interfere negativamente na capacidade de enfrentamento para lidar com as deficiências existentes. Tal fato contribui para a incapacidade¹. O maior sofrimento psíquico, também, gera mais

limitações nas atividades cotidianas, assim como acarreta maior prejuízo nas sensações dolorosas².

As funções mentais das celetistas apresentaram-se correlacionadas com: aplicação do conhecimento, que engloba a capacidade para tomar decisões; mobilidade; autocuidado; áreas principais da vida, que inclui formação profissional; educação de nível superior; obter, manter e sair de um emprego; trabalho remunerado e não remunerado. Para as trabalhadoras estatutárias houve indicação de que as funções mentais podem repercutir com dificuldades na vida comunitária, social e cívica, que contempla vida comunitária, recreação e lazer, religião e vida espiritual. A maior deficiência das trabalhadoras celetistas pode ter contribuído para pior condição de saúde, fato que concorda com as correlações, quando foram maiores ao associarem-se funções mentais e atividades e participação. De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde as funções e estruturas do corpo impactam diretamente nas atividades e participação dos indivíduos¹⁶.

Houve correlações entre as funções sensoriais e dor com áreas principais da vida e vida comunitária, social e cívica para trabalhadoras celetistas e estatutárias, na respectiva ordem. Essa diferença vincula-se com as sensações dolorosas das celetistas que podem repercutir nas dificuldades em áreas principais da vida que envolvem, entre outros, aspectos relacionados com atuação profissional. O quadro algíco pode comprometer a atividade de trabalho¹². As trabalhadoras estatutárias possuem estabilidade empregatícia, fato que pode ter corroborado para consideração do maior prejuízo na participação que contempla religião, vida comunitária, recreação e lazer.

As funções mentais, sensoriais e dor das trabalhadoras celetistas apresentaram correlação negativa com atitudes, ambiente natural e modificações feitas pelo homem que envolvem temperatura e vibração. Funções sensoriais e dor das estatutárias possuíram correlação, de modo negativo, com produtos e tecnologia. As funções do corpo das trabalhadoras celetistas, possivelmente, foram mais agravadas por vibração, temperatura e atitudes de pessoas da sociedade. Obstáculos como produtos e tecnologias para o trabalho podem ter contribuído para o surgimento dos sintomas musculoesqueléticos das trabalhadoras estatutárias.

As barreiras podem atuar de modo negativo na funcionalidade dos indivíduos¹⁶. Fatores que influenciam na eficácia do trabalho como desconforto térmico, vibrações,

umidade elevada, equipamentos inadequados, conflitos com colegas e supervisores são fatores que geram estresse ocupacional²⁷ e contribuem para a insatisfação no trabalho¹³. Crenças e atitudes, também, interferem negativamente potencializando as sensações dolorosas¹.

O agravamento dos sintomas contribui para redução do desempenho laboral, o que dificulta a relação com chefes e supervisores de trabalho. A invisibilidade do processo de adoecimento das DME favorece a pouca compreensão sobre o estado de saúde, podendo originar atitudes negativas de colegas de trabalho, família e amigos, reduzindo o suporte social¹². Por outro lado, o apoio dos familiares auxilia na redução do estresse e aumenta a qualidade de vida¹⁷.

Entre as limitações do estudo, existe o fato de que não é possível saber qual a relação entre causa e efeito nas correlações encontradas, bem como não é cabível expandir as associações para população de trabalhadoras celetistas e estatutárias com DME. No entanto, os resultados encontrados sinalizaram para a importância da abordagem de cunho biopsicossocial com a finalidade de dimensionar o impacto das DME na vida das trabalhadoras.

CONCLUSÃO

Quando foi analisada a funcionalidade de trabalhadoras celetistas e estatutárias, foi possível verificar que existiu maior comprometimento na condição de saúde das celetistas, evidenciado pela maior correlação entre os domínios de saúde. As deficiências nas funções mentais e sensoriais podem ter acarretado dificuldades para execução das tarefas do cotidiano e participação social ou vice-versa, bem como tais funções podem ser agravadas por fatores do ambiente.

Os resultados demonstraram a importância da atuação multidisciplinar visando à minimização dos problemas sensoriais e mentais, com ênfase na redução das barreiras que, provavelmente, propiciam a geração das deficiências. As funções mentais das trabalhadoras celetistas estiveram mais relacionadas com os domínios das atividades e participação, sinalizando maior deficiência que repercute em mais dificuldades para execução das tarefas da vida cotidiana.

Atitudes, temperatura e vibração, possivelmente, interferiram de modo mais negativo nas funções mentais, sensoriais e dor das trabalhadoras celetistas, o que compromete a condição de saúde. Produtos e tecnologias que auxiliam na vida cotidiana, atitudes positivas de pessoas da sociedade, ambiente natural e modificações feitas pelo homem favoráveis podem preservar funções do corpo de trabalhadoras com DME. O processo de reabilitação de trabalhadores visando à melhora das dimensões biopsicossocial pode aumentar a funcionalidade, por consequência, favorecer o retorno ao trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Alcântara MA. O efeito mediador das crenças e atitudes frente à dor na relação entre dor crônica e incapacidade em trabalhadores com LER [Dissertação]. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
2. Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K. Association of depression and anxiety alone and in combination with Chronic Musculoskeletal Pain in primary care patients. *Psychosom. Med.* 2008; 70(8): 890-897.
3. Bildt C, Michélsen H. Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up. *Int. Arch. Occup. Environ. Health.* 2002; 75: 252-258.
4. Braden JB, Zhang L, Zimmerman FJ, Sullivan MD. Employment Outcomes of Persons With a Mental Disorder and Comorbid Chronic Pain. *Psychiat. Services.* 2008; 59 (8): 878-885.
5. Braš M, Đorđević V, Gregurek R, Bulajić M. Neurobiological and clinical relationship between psychiatric disorders and chronic pain. *Psychiat. Danub.* 2010; 22 (2): 221-226.
6. Bültmann U, Franche RL, Hogg-Johnson S, Côté P, Lee H, Severin C et al. Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. *Qual. Life Res.* 2007; 16: 1167-1178.

7. Damsgard E, Dewar A, Røe C, Hamran T. Staying active despite pain: Pain beliefs and experiences with activity-related pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *Scand. J. Caring. Sci.* 2011; 25: 108-116.
8. Dembe AE. The Social Consequences of Occupational Injuries and Illnesses. *American J. Indust. Medicine.* 2001; 40: 403-417.
9. Jansen GB, Linder J, Ekholm KS, Ekholm J. Differences in symptoms, functioning, and quality of life between women on long-term sick-leave with musculoskeletal pain with and without concomitant depression. *Journ. Multidisciplin. Healthc.* 2011;4 281-292.
10. Lima MAG, Neves R, Sá S, Pimenta C. Atitude frente à dor em trabalhadores atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005; 10(1): 163-173.
11. Lima MAG, Neves RF, Tironi MOS, Nascimento AMDN, Magalhães FB. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. *Acta Fisiatr.* 2008; 14(4): 229-235.
12. Maeno M, Vilela RA. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2010, 35(121): 87-99.
13. Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadern. Psicolog. Social Trabalho.* 2003; 6: 59-78.
14. Ministério da Saúde. Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação, Prevenção e Fisiopatologia das LER/DORT. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
15. National Research Council. Institute of Occupational Medicine. Epidemiological Evidence. Musculoskeletal disorders and the workplace: low back and upper extremities. Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace. Washington: National Academy Press; 2001. p. 85-183.
16. Organização Mundial da Saúde (OMS). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.* São Paulo: Edusp, 2003.

17. Robles ACC, Silveira J. Significados e repercussões do adoecimento relacionado ao trabalho para trabalhadores atendidos na perícia médica do Instituto Nacional da Seguridade Social. *Rev. Saúde Públ.* 2009; 2 (1): 41-55.
18. Schultz IZ, Crook J, Fraser K, Joy PW. Models of Diagnosis and Rehabilitation in Musculoskeletal Pain-Related Occupational Disability. *Journ. Occupation. Rehabil.* 2000; 10 (4): 271-293.
19. Silva ACL. Funcionalidade de trabalhadoras celetistas e estatutárias com Doenças Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho [Dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
20. Schierhout GH, Myers JE. Self-Reported Pain an Appropriate Outcome Measure in Ergonomic-Epidemiologic Studies of Work-Related Musculoskeletal Disorders? *Americ. Journ. Industrial Medic.* 1996; 30; 93-98.
21. Siegel S, Castellan JNJ. *Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento*. São Paulo: Artmed; 2006. p. 78- 84.
20. Spilki A, Jacques MG, Scopel M, Oliveira S. O trabalho na contemporaneidade e suas implicações na subjetividade dos trabalhadores. *Revist. Ciências Humanas.* 2009; 43 (1): 165-179.
21. Turk DC, Wilson HD. Fear of Pain as a Prognostic Factor in Chronic Pain: Conceptual Models, Assessment, and Treatment Implications. *Curr. Pain Headache Rep.* 2010; 14: 88- 95.
22. Turner JA, Franklin G, Fulton-Kehoe D, Egan K, Wickizer TM, Lymp JF, Sheppard L, Kaufman JD. Prediction of chronic disability in work-related musculoskeletal disorders: a prospective, population-based study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2004. Encontrado em <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/5/14>. Acessado em 10 de Julho de 2011.
23. Vlaeyena JWS, Lintonc SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000; 85: 317- 332.
24. Vries HJ, Brouwer S, Groothoff JW, Geertzen JHB, Reneman MF. Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers'

experiences. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011. Encontrado em <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/126>. Acessado em 15 de Julho de 2011.

25. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of common health problems. London: Crown copyright; 2004. p. 32- 35.

26. Wong T, Chen W, Yu T, Lin Y, Cooper CL. Perceived sources of occupational stress among Chinese of f -shore oil in stallation workers. *Stress and Health*. 2002; 18: 217-226.

QUADRO

Quadro 1. Domínios e categorias do Core Set LER/DORT analisados na pesquisa da funcionalidade de trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009

Domínios	Categorias
Funções mentais	b126 Temperamento e da personalidade; b1300 Nível de energia; b1301 Motivação; b1340 Quantidade do sono; b1342 Manutenção do sono; b1343 Qualidade do sono; b140 Função da atenção; b144 Funções da memória; b152 Funções emocionais; b1801 Imagem do corpo
Funções sensoriais e dor	b260 Função proprioceptiva; b265 Função tátil; b2700 Sensibilidade à temperatura; b280 Função da sensação de dor; b2801 Função da dor localizada; b28010 Dor na cabeça ou pescoço; b28014 Dor em membro superior; b28016 Dor nas articulações; b2802 Dor em múltiplas partes do corpo; b2803 Dor irradiante em um dermatomo; b2804 Dor irradiante em um segmento ou região
Aplicação do conhecimento	d177 Tomar decisões
Tarefas e exigências gerais	d230 Realizar rotina diária; d240 Lidar com estresse e outras exigências psicológicas
Mobilidade	d415 Manter a posição do corpo; d430 Levantar e transportar objetos; d440 Movimentos finos da mão; d445 Utilização da mão e do braço; d450 Andar; d470 Utilização de transporte; d475 Dirigir
Auto cuidado	d510 Lavar-se; d520 Cuidar das partes do corpo; d540 Vestir-se; d550 Comer; d570 Cuidar da própria saúde
Vida doméstica	d630 Preparar refeições; d640 Realizar as tarefas domésticas; d650 Cuidar dos objetos da casa; d660 Ajudar os outros
Interações e relacionamentos interpessoais	d720 Interações interpessoais complexas; d760 Relações familiares; d770 Relações íntimas
Áreas principais da vida	d825 Formação profissional; d830 Educação de nível superior; d845 Obter, manter e sair de um emprego; d850 Trabalho remunerado; d855 Trabalho não remunerado
Vida comunitária, social e cívica	d910 Vida comunitária; d920 Recreação e lazer; d930 Religião e vida espiritual
Produtos e tecnologia	e1101 Medicamento; e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária; e120 Produtos e tecnologias para deslocamento em ambiente interno externo; e1350 Produtos e tecnologias gerais para o trabalho; e1351 Produtos e tecnologias de assistência para o trabalho; e1650 Patrimônio financeiro; e1651 Bens materiais; e1652 Bens não materiais
Ambiente e modificações naturais feitas pelo homem	e2250 Temperatura; e255 Vibração
Apoio e relacionamentos	e310 Família imediata; e315 Família ampliada; e320 Amigos; e325 Conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade; e330 Pessoas em posição de autoridade; e340 Prestadores de cuidados pessoais; e355 Profissionais de saúde; e360 Profissionais relacionados à saúde
Atitudes	e410 Atitudes individuais da família imediata; e415 Atitude individuais da família ampliada; e420 Atitudes individuais de amigos; e425 Atitude individuais de conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade; e430 Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade; e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde; e455 Atitudes individuais de outros profissionais; e460 Atitudes sociais; e465 Normas, práticas e ideologias sociais

TABELAS

Tabela 1: Correlação entre os domínios das atividades e participação com as funções mentais e sensoriais e dor das trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009

Atividades e participação	Funções Mentais				Funções Sensoriais e Dor			
	Trabalhadoras celetistas		Trabalhadoras estatutárias		Trabalhadoras celetistas		Trabalhadoras estatutárias	
	Coefficiente de correlação	Valor p	Coefficiente de correlação	Valor p	Coefficiente de correlação	Valor p	Coefficiente de correlação	Valor p*
Aplicação do Conhecimento	0,691	0,001**	0,321	0,078	0,248	0,082	0,353	0,058
Tarefas e exigências	0,591	0,005**	0,601	0,002**	0,342	0,082	0,318	0,080
Mobilidade	0,688	0,001**	0,165	0,237	0,544	0,010**	0,444	0,022**
Autocuidado	0,459	0,028**	0,188	0,207	0,457	0,028**	0,730	0,000**
Vida doméstica	0,459	0,028**	0,405	0,038**	0,556	0,008**	0,474	0,017**
Interações e relacionamentos	0,750	0,384	0,338	0,067	0,220	0,190	0,195	0,199
Áreas principais da vida	0,525	0,018**	0,180	0,231	0,659	0,003**	0,262	0,139
Vida comunitária, social e cívica	0,139	0,291	0,397	0,038**	0,241	0,168	0,594	0,002**

*valor p do teste de correlação de Spearman unilateral

**teste de significância estatística a 0,05

Tabela 2: Correlação entre domínios do fator ambiental com as funções mentais e sensoriais e dor das trabalhadoras celetistas e estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009

Fatores Ambientais	Funções Mentais				Funções Sensoriais e Dor			
	Trabalhadoras celetistas		Trabalhadoras estatutárias		Trabalhadoras celetistas		Trabalhadoras estatutárias	
	Coefficiente de correlação	Valor p	Coefficiente de correlação	Valor p	Coefficiente de correlação	Valor p	Coefficiente de correlação	Valor p*
Produtos e tecnologia	-0,189	0,226	-0,223	0,166	-0,372	0,064	-0,484	0,013**
Ambiente Natural e Modificações Feitas pelo Homem	-0,531	0,012**	0,300	0,093	-0,729	0,000**	0,229	0,159
Apoio e relacionamentos	0,174	0,245	0,084	0,359	-0,197	0,216	-0,054	0,408
Atitudes	-0,402	0,049**	0,114	0,312	-0,625	0,003**	-0,201	0,191

*valor p do teste de correlação de Spearman unilateral

**teste de significância estatística a 0,05

FIGURAS

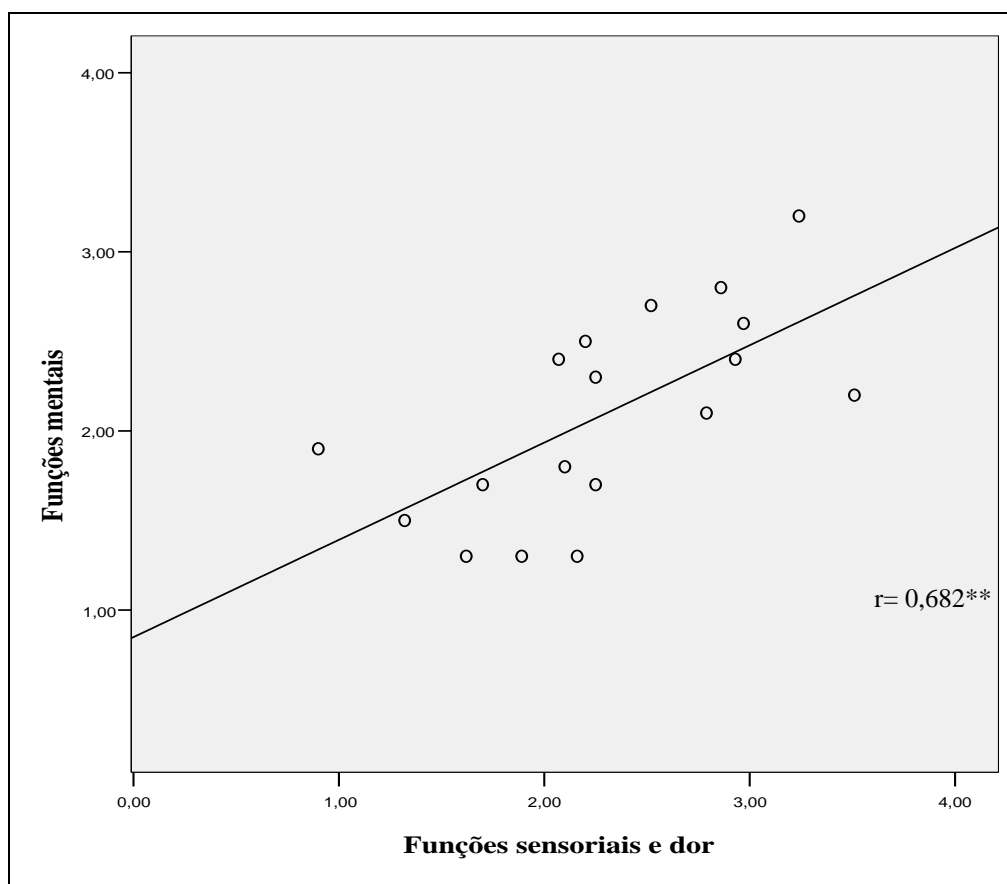


Figura 1. Correlação entre funções mentais e sensoriais e dor das trabalhadoras celetistas com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009

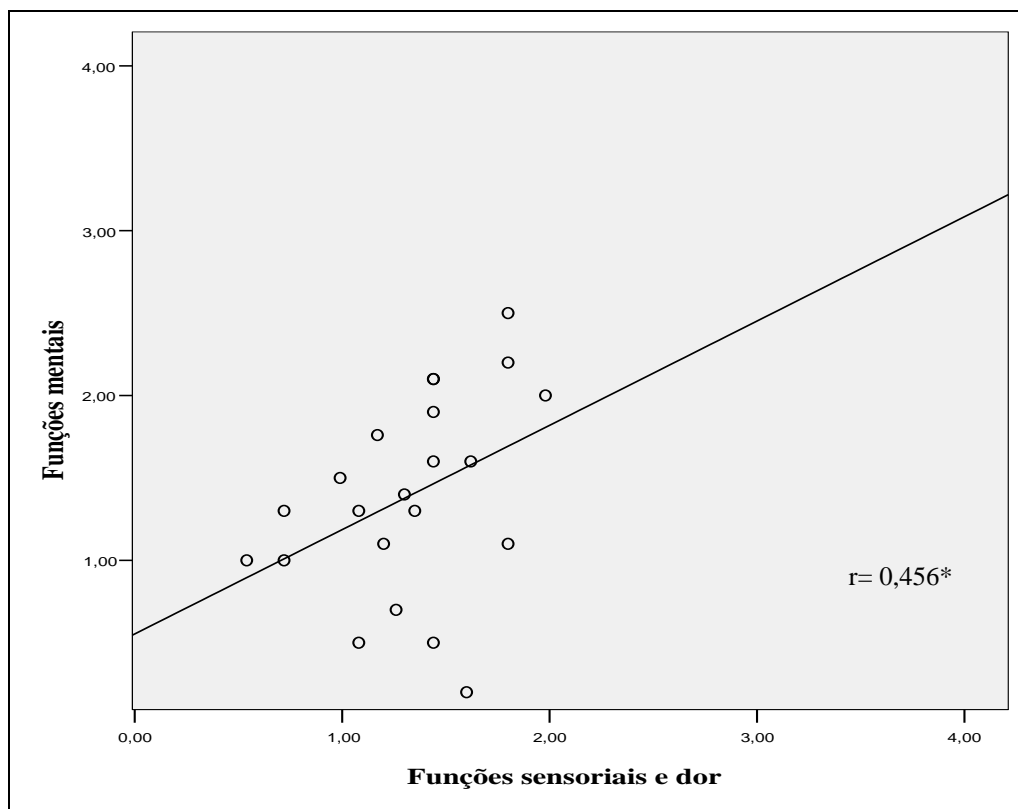


Figura 2. Correlação entre funções mentais e sensoriais e dor das trabalhadoras estatutárias com doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, atendidas em ambulatórios de saúde ocupacional da Bahia, em 2007 a 2009

DISCUSSÃO

A pesquisa desenvolvida evidencia a relevância da descrição das dimensões biopsicossocial para trabalhadores com DME. Esse modo de abordagem é proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS)²⁸. Com base na CIF, foi desenvolvida a investigação da funcionalidade de trabalhadores celetistas e estatutários.

O diagnóstico biopsicossocial dos trabalhadores foi realizado com base no Core Set LER/DORT, que consiste na eleição de categorias da CIF que buscam descrever a funcionalidade de trabalhadores com DME. A descrição da condição de saúde foi realizada, também, com base nas ferramentas validadas SF-36 e HAQ. Todos os instrumentos estão incluídos no Protocolo de Funcionalidade de Trabalhadores com LER/DORT, que se encontra em processo de validação.

As análises de avaliações das trabalhadoras da instituição jurídica e das trabalhadoras que possuem vínculo trabalhista com base na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) permitiram demonstrar diferenças no estado de saúde entre os grupos. O comprometimento na funcionalidade sinaliza a importância da reabilitação de cunho biopsicossocial e reforça teorias que defendem que desordens musculoesqueléticas possuem evolução diretamente dependente de fatores sociais, pessoais, do sistema de saúde e do trabalho¹⁶.

Os resultados reforçam que compreender o impacto biopsicossocial das DME é de suma importância, visto que pode evidenciar a interação entre os domínios da saúde, demonstrar desigualdades sociais, reforçar necessidade do tratamento multidisciplinar, assim como demonstrar a necessidade da reformulação de políticas públicas em prol do trabalhador. Formas assistenciais desfavoráveis podem gerar prejuízos socioeconômicos com longos períodos de incapacidade e aposentadorias por invalidez de modo precoce³⁷.

A avaliação da qualidade de vida dos trabalhadores apresentou-se mais prejudicada do que a de pessoas com desordens musculoesqueléticas crônicas, que foram avaliadas em pesquisas internacionais. Tal fato pode sinalizar um tratamento feito com base no modelo biológico, focado nas lesões físicas⁴⁵.

Quando as avaliações das trabalhadoras celetistas e estatutárias foram analisadas separadamente, foi possível perceber que funções mentais e sensoriais e de dor,

principalmente, eram muito diferentes. As diferenças estatísticas indicaram uma condição de saúde mais desfavorável para trabalhadoras celetistas.

O comprometimento nas dimensões biológica, psíquica e social demonstradas pelas diferenças nas funções e estruturas do corpo, assim como nas atividades e participação das trabalhadoras celetistas reforçam o que é proposto pela literatura científica. Registros da literatura sinalizam que a avaliação e o tratamento de problemas musculoesqueléticos de trabalhadores devem ser realizados por equipe multidisciplinar¹⁶, contrapondo-se à lógica majoritária da Previdência Social que baseia a concessão e manutenção do benefício e a reabilitação profissional no modelo biológico^{17, 43}.

O melhor estado de saúde das trabalhadoras estatutárias vincula-se à maior renda, estabilidade empregatícia, suporte multidisciplinar de profissionais de saúde e direito à licença para recuperação da saúde com proventos integrais, quando confirmado por perícia médica. Os diferentes perfis de funcionalidade estão relacionados, também, com a exigência dos empregadores para grande produtividade em curto espaço de tempo, favorecendo a intensificação do trabalho. As demandas biomecânica e psíquica repercutem negativamente nas funções físicas e mentais dos trabalhadores²³.

O Estado deve prestar assistência à saúde de modo universal, integral e equitativo a todos os cidadãos brasileiros³. O tratamento/reabilitação precisa considerar o modelo de intervenção condizente com as necessidades das condições musculoesqueléticas crônicas que demandam atuação de cunho biológico e psicossocial¹⁶. O modelo biopsicossocial torna-se relevante para as trabalhadoras, na medida em que as funções e estruturas do corpo podem ser tratadas com ênfase na redução das dificuldades encontradas em atividades e participação. As barreiras do ambiente podem ser minimizadas e os facilitadores potencializados aumentando-se, desse modo, a funcionalidade.

A carência na assistência à saúde e reabilitação ocupacional feita de modo inadequado pode ter refletido no maior grau de deficiências das funções e estruturas do corpo, quanto em mais dificuldades para atividades e participação das trabalhadoras celetistas. O adoecimento crônico de trabalhadores gera repercussões negativas na economia, seja com gastos nos recursos destinados à saúde, seja pela incapacidade prolongada, que retira um indivíduo economicamente ativo do mercado de trabalho. O

afastamento traz, ainda, prejuízos para as próprias pessoas quando contribui para a piora do estado de saúde³⁶.

Os resultados analisados identificaram maior interação entre as funções mental e sensorial e dor com as atividades e participação e com fatores do ambiente das trabalhadoras celetistas. Tal associação pode indicar maior comprometimento da funcionalidade destas trabalhadoras. O prejuízo no estado de saúde pode ter sido originado tanto por barreiras que geraram deficiências nas funções do corpo, como por problemas nas funções fisiológicas que podem originar dificuldades em atividades e participação, ou vice-versa. Estudos de corte transversal não permitem estabelecer a relação entre exposição e desfechos. Nesse sentido, são indicadas pesquisas prospectivas que possam estabelecer essas associações³⁰. Esse panorama pode auxiliar tratamentos que valorizem a recuperação de funções, minimizem dificuldades e atenuem barreiras que contribuem para o adoecimento de trabalhadores com DME.

O número de registros analisados pode ter sido uma limitação do estudo. Entretanto, a abordagem de cunho biopsicossocial é um desafio, já que engloba diferentes modelos assistenciais e é realizada por trabalho multidisciplinar^{44, 45}. O estudo utilizou ferramentas do Protocolo de Funcionalidade para Trabalhadores com LER/DORT, entre estas o Core Set LER/DORT, elaborado por meio da CIF, que permitiu demonstrar as dimensões biológica, psíquica e social dos trabalhadores.

Os trabalhadores foram selecionados de acordo com o número de Protocolos de Funcionalidade para Trabalhadores com LER/DORT existentes. Foi utilizado o teste das séries de uma amostra para verificar a aleatoriedade³⁸. Foi aceita a aleatoriedade para amostra investigada. No entanto, os resultados não podem ser expandidos para população de trabalhadoras celetistas e estatutárias³⁰, visto que os trabalhadores dos ambulatórios de saúde ocupacional investigados possuem características próprias.

A investigação realizada com base em dados secundários é limitação do estudo. No entanto, os resultados encontrados por meio das ferramentas SF- 36 e HAQ possuem concordância com outros registros nacionais, assim como apresentam similaridades com o Core Set LER/DORT, que pôde identificar diferenças na funcionalidade de trabalhadoras celetistas e estatutárias. A seleção de trabalhadoras celetistas que se encontravam, na maioria, afastadas do trabalho pode ter refletido maior incapacidade, entretanto, o grau de comprometimento funcional pode associar-se com o maior

afastamento do trabalho¹⁶. Carência na assistência social, possivelmente vivenciada por essas trabalhadoras, pode estar relacionada o maior relato dos prejuízos funcionais durante o preenchimento das ferramentas, originando o viés de informação³⁵.

São necessários novos estudos que verifiquem as dimensões biopsicossocial de trabalhadores com DME, para possibilitar confronto de perfis de funcionalidade com os resultados obtidos. É preciso, também, que sejam realizadas pesquisas em outras instituições, com o objetivo de verificar com mais precisão, quais fatores biológicos, sociais e ambientais contribuem para melhor estado de saúde dos trabalhadores.

CONCLUSÕES

1. Comparando-se com registros da literatura internacional de pessoas que apresentavam desordens musculoesqueléticas, os trabalhadores obtiveram escores do SF-36 e do HAQ desfavoráveis, exceto para a saúde mental. No entanto, estas pontuações concordaram com as de pessoas com distúrbios musculoesqueléticos crônicos a nível nacional.
2. Quando registros de trabalhadoras celetistas e estatutárias foram separados, domínios das funções do corpo, das atividades e participação e dos fatores ambientais apresentaram-se diferente entre os grupos. Tal fato pode relacionar-se com o suporte de caráter institucional, com o acesso a recursos de saúde e com a reabilitação ocupacional que são diretamente dependentes do tipo de vínculo empregatício e da renda salarial.
3. Demandas físicas e psicossociais do trabalho, muito presentes em ambientes laborais da rede privada, medo do desemprego, afastamento prolongado da atividade ocupacional podem ter contribuído para pior estado de saúde das trabalhadoras celetistas. Tal fato relaciona-se, principalmente, com o maior prejuízo nas funções mentais, sensoriais e dor. Por outro lado, carência na assistência social pode ter refletido no viés de informação, evidenciado por maiores queixas de prejuízos na funcionalidade das trabalhadoras celetistas.
4. Maior correlação entre as funções mentais com os domínios das atividades e participação demonstraram maior prejuízo na funcionalidade das trabalhadoras celetistas. A correlação positiva indicou maiores deficiências que, possivelmente, contribuíram para mais dificuldades, assim como limitações nas atividades e participação podem ter gerado sofrimento psíquico e sensações dolorosas.
5. As correlações negativas das funções do corpo com os fatores ambientais, maiores em registros das trabalhadoras celetistas, evidenciaram que barreiras como vibração, temperatura e atitudes de pessoas da sociedade podem ter gerado mais deficiências nas funções mentais, sensoriais e dor dessas trabalhadoras.

REFERÊNCIAS

1. Alves NCR. *Corpos entre Saúde e Trabalho: A construção sociopolítica da LER como doença*. Belo Horizonte. Universidade Federal De Minas Gerais. [Dissertação]-Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Departamento de Sociologia e Antropologia; 2004.
2. Blatter BM, Bongers P. *Work related neck and upper limb symptoms (RSI): high risk occupations and risk factors in the Dutch working population*. TNO-report 4070117/r9800293 (1999). TNO Work and Employment, Hoofddorp.
3. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº52 (08 de Março, 2006).
4. Buckle PW, Devereux JJ. *The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders*. *Applied Ergonomics* 2002; 33: 207-217.
5. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quresma MR. *Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)*. *Rev. Bras. Reumatol.* 1999; 39(3): 143-150.
6. Costa EDGMM, Arias AJ, Oliveira SM, Nichols OC. *Prevalência de síndromes dolorosas osteomusculares em Trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) Einstein*. 2007; 5(1):37-43.
7. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. *Developing and evaluating complex interventions: new guidance* Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: 979-983.
8. Ebara T. *Impact of ISO/TS 20646-1 'Ergonomic Procedures for the Improvement of Local Muscular Workloads' on Work-Related Musculoskeletal Disorders*. *Indust. Health.* 2007; 45: 256-267.
9. Ewert T. *Identification of the Most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF Checklist*. *J Rehabil Med.* 2004; 44: 22-29.
10. Fernandes RCP, Assunção AA, Carvalho FM. *Mudanças nas formas de produção na indústria e a saúde dos trabalhadores*. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15(1): 1563-1574.
11. Fonseca NR. *Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem*. Salvador. Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho [Dissertação]- Faculdade de Medicina da Bahia; 2009.
12. Hagberg M, Silverstein B, Wells R, Smith MW, Hendrick HW, Carayon P, Perusse M. *Work Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs): A Reference Book for Prevention*. London (Frost Road); Ed. Taylor & Francis. 1995. p. 5-6.

13. Hepburn CG, Franche R, Francis L. Successful return to work: the role of fairness and workplace-based strategies. *Intern. Journ. Workp. Health Manag.* 2010; 3 (1): 7-24.
14. Lima MAG, Neves RF, Tironi MOS, Nascimento AMDN, Magalhães FB. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. *Acta Fisiatr.* 2008; 14(4): 229-235.
15. Lima MAG, Andrade AGM, Bulcão CMA, Mota EMCL, Magalhães FB, Carvalho RCP. et al. Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/ DORT do CESAT/Bahia: ativador de mudanças na Saúde do Trabalhador *Rev. bras. Saúde Ocup.* 2010; 35 (121): 112-121, 2010.
16. Loisel P, Durand M, Berthelette D, Vézina N, Baril R, Gagnon D, Larivière C, Tremblay C. Disability Prevention: New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain *Dis. Manage Health Outcomes.* 2001; 9 (7): 350-360.
17. Maeno M, Takahashi MAC, Lima MAG. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiatr.* 2009; 16(2): 53 – 58.
18. Magee DJ. Avaliação musculoesquelética. São Paulo: Editora Manole; 2005. p. 35-37.
19. Mendes R. *Patologia do Trabalho*: São Paulo; Atheneu, 2^a ed. 1999.
20. Ministério da Saúde. Lesões Por Esforços Repetitivos (LER) Distúrbios Osteomusculares Relacionados Ao Trabalho (DORT). Brasília – DF: Ministério da Saúde; 2001.p.5-6.
21. Mussi G. Prevalência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/ DORT) em profissionais cabeleireiras de Institutos de Beleza de dois Distritos da Cidade de São Paulo. São Paulo [dissertação]- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.
22. National Research Council and the Institute of Medicine (2001). *Musculoskeletal Disorders and the Workplace: Low Back and Upper Extremities*. Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace. Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press. p. 5-8.
23. Navarro VL. O trabalho e a saúde do trabalhador na indústria de calçados. São Paulo *perspect..* 2003; 17(2): 32-41.
24. Neves RF, Nunes MO. Incapacidade, cotidiano e subjetividade: a narrativa de trabalhadores com LER/DORT. *Comunicação Saúde Educação.* 2009; 3 (30): 55-66.
25. Nilsson A. *Musculoskeletal Pain among Health Care Staff. Riskfactors for Pain, Disability and sick leave.* Uppsala [Dissertação]- Faculty of Social Science, 2008.

26. Nubila HBVD. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde Rev. Bras. Saúde Ocup. 2010; 35 (121): 122-123.
27. Oliveira MHB, Vasconcellos LCF. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador tempos de avaliação. Revista Centro Bras. Estudos Saúde. 2000; 24 (55): 2-12.
28. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2003.
29. O'sullivan SB, Guccione AA, Cullen K,E. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 2. ed. São Paulo: Editora Manole; 2004 p. 309- 312.
30. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Estrutura, vantagens e limitações dos principais métodos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
31. Punnet L, Herbert R. Work-Related Musculoskeletal Disorders: Is There a Gender Differential, and if So, What Does It Mean? In: Goldman M, Hatch MC. Woman health. San Diego, CA: Academic Press, 2000.
32. Rosa AFGP, Garcia PA, Vedoato T, Campos RG, Lopes MLS. Incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem Acta Sci. Health Sci. 2008; 30 (1): 19-25.
33. Salerno D, Copley-Merriman C, Taylor T, Shinogle J, Schulz R. A review of functional status measures for workers with upper extremity disorders. Occup. Environ. Med. 2002; 59(10): 664–670.
34. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. Rev. Bras. de Fisiot. 2005; 9 (2): 129-136.
35. Schierhout GH, Myers JE. Self-Reported Pain an Appropriate Outcome Measure in Ergonomic-Epidemiologic Studies of Work-Related Musculoskeletal Disorders? Americ. Journ. Industrial Medic. 1996: 30; 93-98.
36. Schultz IZ, Crook J, Fraser K, Joy PW. Models of Diagnosis and Rehabilitation in Musculoskeletal Pain-Related Occupational Disability. Journ. Occupation. Rehabil. 2000; 10 (4): 271-293.
37. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of Return toWork for Musculoskeletal Disorders. J. Occup. Rehabil. 2007; 17: 327–352.
38. Siegel S, Castellan JNJ. Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento. São Paulo: Artmed; 2006. p. 78- 84.

39. Souza NSS. Avaliação dos Agravos/suspeitas Relacionados ao Trabalho Notificados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, no estado da Bahia, no ano de 2002. *Cad. Saúde Trabalhador* 2003; 1: 13-16.
40. Souza DL, Fraga SGA, Sampaio RF. Prevalência de Desordens Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho em Fisioterapeutas da Rede Hospitalar SUS-BH. *Rev. Bras. Fisioter.* 2005; 9 (2); 219-225.
41. Souza NSS. Doenças Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho, Seguro Social e Benefícios por Incapacidade [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2010.
42. Souza NSS, Santana VS, Oliveira PRA, Branco AB. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. *Rev Saúd. Pub.* 2008; 42(4): 630-8.
43. Takahashi M, Kato M, Leite RAO. Incapacidade, reabilitação profissional e Saúde do Trabalhador: velhas questões, novas abordagens. *Rev. bras. Saúde ocup.* 2010; 35 (121): 07-09.
44. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *British Medical Bulletin*, 2006: 77-78; 55-69.
45. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of common health problems. London: Crown copyright; 2004. p. 32- 35.

10. APÊNDICE

CORE SET LER/DORT

FUNÇÕES DO CORPO

*Definição: **Funções do corpo** são as funções fisiológicas dos sistemas corporais (incluindo as funções psicológicas).*

***Deficiências** são problemas na função ou estrutura do corpo, tais como um desvio ou uma perda significativa.*

Primeiro qualificador

Qualificador comum com escala negativa utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência:

xxx.0	NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa, ...)	0-4%
xxx.1	Deficiência LEVE	(leve, baixa, ...)	5-24%
xxx.2	Deficiência MODERADA	(média, regular, ...)	25-49%
xxx.3	Deficiência SEVERA	(elevada, extrema, ...)	50-95%
xxx.4	Deficiência COMPLETA	(total, ...)	96-100%
xxx.8	não especificada		
xxx.9	não aplicável		

			NENHUMA DEFICIÊNCIA	DEFICIÊNCIA LEVE	DEFICIÊNCIA MODERADA	DEFICIÊNCIA GRAVE	DEFICIÊNCIA COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
b126	Funções do temperamento e da personalidade		0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>A sua forma de ser modificou com LER/DORT?</i>	Funções mentais gerais relacionadas com um temperamento que faz o indivíduo reagir de uma determinada maneira à situações, incluindo o conjunto de características mentais que diferenciam esse indivíduo da outras pessoas.										
b1300	Nível de Energia		0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Como é seu nível de vigor ao realizar alguma atividade ou objetivo?</i>	Funções mentais que produzem vigor e resistência.										
b1301	Motivação		0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Como é sua motivação para realizar alguma atividade ou objetivo?</i>	Funções mentais que produzem os incentivos para agir; o impulso consciente ou inconsciente para a ação.										
b1340	Quantidade de Sono		0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Quantas horas você dorme por dia?</i>	Funções mentais relacionadas ao tempo gasto no estado de sono no ciclo diurno ou no ritmo circadiano.										
b1342	Manutenção do Sono		0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Depois que você dorme, como é seu sono? Consegue manter o sono?</i>	Funções mentais que sustentam o estado de estar adormecido.										
b1343	Qualidade do Sono		0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Seu sono consegue lhe deixar refeito ou relaxado?</i>	Funções mentais que produzem o sono natural levando a um descanso, relaxamento físico e mental ideais.										

		NENHUMA DEFICIÊNCIA	DEFICIÊNCIA LEVE	DEFICIÊNCIA MODERADA	DEFICIÊNCIA GRAVE	DEFICIÊNCIA COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
	b140 Funções da Atenção	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Você consegue se concentrar nas suas atividades?</i>	Funções mentais específicas de concentração em um estímulo externo ou experiência interna pelo período de tempo necessário.									
	b144 Funções de Memória	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Você consegue lembrar de coisas importantes que precisa fazer no dia-a-dia?</i>	Funções mentais específicas de registro e armazenamento de informações e sua recuperação quando necessário.									
	b152 Funções Emocionais	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Como anda suas emoções?</i>	Funções mentais específicas relacionadas ao sentimento e aos componentes afetivos dos processos mentais.									
	b1801 Imagem do corpo	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Como você percebe seu corpo hoje? Acha que modificou após a LER/Dort? Você percebe mudança no formato?</i>	Funções mentais específicas relacionadas com a representação e a consciência do próprio corpo.									
	b260 Função Proprioceptiva	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Teste Exame Físico</i>	Funções sensoriais que permitem sentir a posição relativa das partes do corpo.									
	b265 Função tátil	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Você tem dificuldade de perceber a textura de objetos? / Teste</i>	Funções sensoriais que permitem sentir as superfícies dos objetos, sua textura ou qualidade.									

			NENHUMA DEFICIÊNCIA	DEFICIÊNCIA LEVE	DEFICIÊNCIA MODERADA	DEFICIÊNCIA GRAVE	DEFICIÊNCIA COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
	b2700	Sensibilidade à temperatura	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Você tem dificuldade de perceber o frio ou calor? / Teste (verificar ferimentos ou queimaduras sem perceber)</i>											
		Funções sensoriais relacionadas a sentir frio e calor.									
	b280	Sensação de dor	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Sente dor? / Intensidade</i>											
		Sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo.									
	b2800	Dor generalizada	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Onde?</i>											
		Sensação desagradável sentida em todo o corpo, que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo ou em todas as partes do corpo.									
	b2801	Dor localizada	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
		Sensação desagradável sentida em uma ou várias partes específicas do corpo que indica lesão potencial ou real de alguma estrutura.									
	b28010	Dor na cabeça ou pescoço	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
		Sensação desagradável sentida na cabeça ou no pescoço que indica lesão potencial ou real de alguma estrutura do corpo.									
	b28014	Dor em membro superior	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
		Sensação desagradável sentida em um ou nos dois membros superiores, incluindo as mãos, que indica lesão potencial ou real de alguma estrutura do corpo.									

		NENHUMA DEFICIÊNCIA	DEFICIÊNCIA LEVE	DEFICIÊNCIA MODERADA	DEFICIÊNCIA GRAVE	DEFICIÊNCIA COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
	b28016 Dor nas articulações	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>A dor irradia? Para onde?</i>	Sensação desagradável sentida em uma ou mais articulações, incluindo pequenas e grandes articulações, que indica lesão potencial ou real de alguma estrutura do corpo.									
	b2802 Dor em múltiplas partes do corpo	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
	Sensação desagradável sentida em várias partes do corpo que indica lesão potencial ou real de alguma estrutura do corpo.									
	b2803 Dor irradiante em um dermatomo	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>A dor irradia? Para onde?</i>	Sensação desagradável localizada em áreas de pele inervadas pela mesma raiz nervosa que indica lesão potencial ou real de alguma estrutura do corpo.									
	b2804 Dor irradiante em um segmento ou região	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
	Sensação desagradável localizada em áreas de pele em diferentes partes do corpo, não servidas pela mesma raiz nervosa, que indica lesão potencial ou real de alguma estrutura									
*	b640 Funções sexuais	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Como está sua vida sexual?</i>	Funções mentais e físicas relacionadas ao ato sexual, incluindo as fases de excitação, preparatória, orgásmica e de resolução.									
	b7100 Mobilidade de uma única articulações	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Exame Físico</i>	Funções relacionadas à amplitude e facilidade do movimento de uma articulação.									

			NENHUMA DEFICIÊNCIA	DEFICIÊNCIA LEVE	DEFICIÊNCIA MODERADA	DEFICIÊNCIA GRAVE	DEFICIÊNCIA COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
	b7101	Mobilidade de várias articulações	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Exame Físico</i>		Funções relacionadas à amplitude e facilidade do movimento de mais de uma articulação.									
	b7300	Força de músculos isolados e de grupos de músculos	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Exame Físico</i>		Funções relacionadas à força gerada pela contração de músculos específicos e isolados e grupos de músculos.									
	b7301	Força dos músculos de um membro	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Exame Físico</i>		Funções relacionadas à força gerada pela contração dos músculos e grupo de músculos de uma braço ou perna.									
	b7350	Tônus de músculos isolados e grupos de músculos	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Exame Físico</i>		Funções relacionadas a tensão presente nos músculos isolados e grupos de músculos em repouso e à resistência oferecida quando se tenta mover esses músculos passivamente.									
	b7351	Tônus dos músculos de um membro	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Exame Físico</i>		Funções relacionadas à tensão presente nos músculos e grupos de músculos em descanso de um braço ou de uma perna e à resistência oferecida quando se tenta mover esses músculos passivamente.									
	b7401	Resistência de grupos de músculos	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Exame Físico</i>		Funções relacionadas à sustentação da contração muscular de grupos isolados de músculos pelo período de tempo necessário.									

		NENHUMA DEFICIÊNCIA	DEFICIÊNCIA LEVE	DEFICIÊNCIA MODERADA	DEFICIÊNCIA GRAVE	DEFICIÊNCIA COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
b7800	Sensações de rigidez muscular	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Como você sente a sua musculatura na área acometida?</i>										
	Sensações de tensão ou rigidez muscular.									
b840	Sensações relacionada à pele	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Percebe sintomas como queimação, formigamento, ardor na pele?</i>										
	Sensações relacionadas à pele como coceira, ardor, sensação de queimação ou de formigamento.									

OBSERVAÇÕES - FUNÇÕES DO CORPO

ESTRUTURA DO CORPO

Definição: As **estruturas corporais** são partes anatômicas do corpo como os órgãos, membros e seus componentes
As **deficiências** são problemas nas funções ou estruturas do corpo como um desvio ou perda significativa.

Primeiro qualificador

Qualificador comum com escala negativa utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência:

xxx.0	NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa, ...)	0-4%
xxx.1	Deficiência LEVE	(leve, baixa, ...)	5-24%
xxx.2	Deficiência MODERADA	(média, regular, ...)	25-49%
xxx.3	Deficiência SEVERA	(elevada, extrema, ...)	50-95%
xxx.4	Deficiência COMPLETA	(total, ...)	96-100%
xxx.8	não especificada		
xxx.9	não aplicável		

Segundo qualificador

Utilizado para indicar a natureza da mudança na estrutura corporal correspondente

0	nenhuma mudança na estrutura
1	ausência total
2	ausência parcial
3	parte adicional
4	dimensões aberrantes
5	descontinuidade
6	posição desviada
7	mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de fluido
8	não especificada
9	não aplicável

Terceiro qualificador

A ser desenvolvido para indicar localização

0	mais de uma região
1	direita
2	esquerda
3	ambos os lados
4	parte dianteira
5	parte traseira
6	proximal
7	distal
8	não especificada
9	não aplicável

				NENHUMA DEFICIÊNCIA	DEFICIÊNCIA LEVE	DEFICIÊNCIA MODERADA	DEFICIÊNCIA GRAVE	DEFICIÊNCIA COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE		
<i>Exame físico complementar.</i>	e	exames	s1200	Medula Espinhal Cervical	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
			s1201	Nervos Espinhais	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Exame Físico Complementares</i>	e	Exames	s140	Estrutura do sistema nervoso simpático	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
			s150	Estrutura do sistema nervoso parassimpático	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Exame Físico Complementares</i>	e	Exames	s710	Estruturas da região de cabeça e do pescoço	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
			s7102	Ossos da região do pescoço	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO

			NENHUMA DEFICIÊNCIA	DEFICIÊNCIA LEVE	DEFICIÊNCIA MODERADA	DEFICIÊNCIA GRAVE	DEFICIÊNCIA COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
	s7103	Articulações da região de cabeça e pescoço	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Exame Complementares	Físico	e Exames									
	s720	Estrutura da região do ombro	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Exame Complementares	Físico	e Exames									
	s730	Estrutura da extremidade superior	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Exame Complementares	Físico	e Exames									

OBSERVAÇÕES - ESTRUTURA DO CORPO

ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

Definição:

- **Atividade** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo
- **Participação** é o ato de se envolver em uma situação vital
- **Limitações da atividade** são dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade.
- **Restrições de participação** são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações vitais.

Qualificadores

xxx.0	NENHUMA dificuldade	(nenhuma, ausente, escassa, ...)	0-4%
xxx.1	Dificuldade LEVE	(leve, baixa, ...)	5-24%
xxx.2	Dificuldade MODERADA	(média, regular, ...)	25-49%
xxx.3	Dificuldade SEVERA	(elevada, extrema, ...)	50-95%
xxx.4	Dificuldade COMPLETA	(total, ...)	96-100%
xxx.8	não especificada		
xxx.9	não aplicável		

			NENHUMA DIFICULDADE	DIFICULDADE LEVE	DIFICULDADE MODERADA	DIFICULDADE GRAVE	DIFICULDADE COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
<i>Ao se deparar com várias atividades que precisam ser realizadas no dia-a-dia, consegue decidir e/ou avaliar o que deve fazer? Se tem, qual o grau de dificuldade?</i>	d177	Tomar Decisões	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha, como selecionar e adquirir um item específico ou decidir pôr em prática e realizar uma tarefa entre várias tarefas que precisem ser feitas.											
<i>No seu dia-a-dia consegue planejar as atividades que deverão ser realizadas ao longo do dia e da semana?</i>	d230	Realizar a rotina diária	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Realizar e coordenar ações simples ou complexas para planejar, gerenciar e concluir as exigências dos procedimentos ou dos deveres do dia-a-dia, como administrar o tempo e fazer planos para diversas atividades ao longo do dia.											
<i>Consegue realizar atividades do dia-a-dia sob pressão ou estresse?</i>	d240	Lidar com o stresse e outras exigências psicológicas	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Realizar ações coordenadas simples ou complexas para gerir e controlar as exigências psicológicas necessárias para realizar tarefas que exigem responsabilidades importantes e que envolvem stresse, distração, ou crises, como por exemplo, conduzir um veículo com trânsito intenso ou tomar conta de muitas crianças.											
<i>E manter-se na mesma posição para realizar uma tarefa?</i>	d415	Manter a posição do corpo	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Mantem o corpo na mesma posição durante o tempo necessário, como permanecer sentado ou de pé no trabalho ou na escola											
<i>Como você se sente quando precisa levantar ou mover objetos? Por exemplo, levantar uma xícara ou carregar uma criança no solo?</i>	d430	Levantar e carregar objetos	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Levantar um objeto ou mover algo de um lugar para outro, como levantar uma xícara ou carregar uma criança de um local para outro.											
<i>Como é para você realizar movimentos usando os dedos das mãos? Como pegar agulha, pegar moedas, girar um botão, contar dinheiro?</i>	d440	Uso fino da mão	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Realizar as ações coordenadas de manusear objetos, levá-los, manipulá-los e soltá-los utilizando as mãos, dedos e polegar, como necessário para pegar moedas de uma mesa ou girar um botão ou maçaneta.											

			NENHUMA DIFICULDADE	DIFICULDADE LEVE	DIFICULDADE MODERADA	DIFICULDADE GRAVE	DIFICULDADE COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
<i>Como é para você realizar movimentos usando a mão e o braço? Como por exemplo abrir tampa (rosca), girar maçanetas, jogar ou apanhar objetos?</i>	d445	Uso da mão e do braço	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
		Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como virar maçanetas de portas ou jogar ou apanhar um objeto.									
<i>Realiza caminhadas curtas ou longas no seu dia-a-dia?</i>	d450	Andar	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
		Mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado.									
<i>Consegue utilizar transporte (público ou particular) regularmente?</i>	d470	Utilização de transporte	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
		Utilizar transporte para se deslocar como passageiro, como ser levado em um automóvel ou em um ônibus, carroça, lotação, veículo puxado por tração animal, taxi público ou privado, ônibus, trem, bonde, metrô, barco ou aeronave.									
<i>Qual o seu meio de transporte? Tem alguma dificuldade?</i>	d475	Dirigir	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
		Controlar e movimentar um veículo ou o animal que o puxa, movendo-se sob a própria direção ou tendo a sua disposição qualquer forma de transporte como um carro, bicicleta, barco ou animal.									
<i>Como é para você tomar banho e enxugar-se?</i>	d510	Lavar-se	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
		Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e material ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como tomar banho em banheiro ou chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo, e secar-se com uma toalha.									
<i>Como é lavar os cabelos e enxugá-los? E escovar os dentes? Cortar unhas?</i>	d520	Cuidado das partes do corpo	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
		Cuidar das partes do corpo como pele, face, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar.									

		NENHUMA DIFICULDADE	DIFICULDADE LEVE	DIFICULDADE MODERADA	DIFICULDADE GRAVE	DIFICULDADE COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
	d540 Vestir-se	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Como é vestir-se? E tirar roupas e sapatos?	Realizar as ações coordenadas, tarefas de vestir e tirar as roupas e os sapatos em seqüência e de acordo com as condições climáticas e sociais, como vestir, ajustar e tirar camisas, blusas, calças, roupas íntimas, sáris, quimonos, meias, chapéus, luvas, casacos, botas, sandálias e chinelos.									
	d550 Comer	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Consegue cortar alimentos, abrir garrafas e latas e utilizar utensílios que auxiliam na alimentação?	Executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, atividades relacionadas com refeições, banquetes e jantares.									
	d570 Cuidar da própria saúde	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Como você cuida da sua saúde? O que você faz para prevenir doenças?	Garantir conforto físico, a saúde e bem estar físico e mental, como manter uma dieta equilibrada, nível apropriado de atividade física, manter uma temperatura corporal adequada, evitar danos à saúde, seguir práticas sexuais seguras, incluindo a utilização de preservativos, seguir o cronograma de imunização e exames físicos regulares.									
	d630 Preparar refeições	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Consegue preparar uma refeição (almoço ou jantar) para você ou para a família?	Planejar, organizar, cozinhar e servir pratos simples e complexos para si próprio e para outros, como por exemplo, elaborar uma ementa, selecionar alimentos e bebidas, reunir os ingredientes para preparar as refeições, cozinhar, preparar pratos quentes e frios, preparar bebidas frias, e servir a comida.									
	d640 Realização das tarefas domésticas	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Como é para você realizar as atividades domésticas, como limpar a casa, lavar roupa, remover o lixo ...?	Administrar a casa: limpar a casa, lavar roupa, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos e remover o lixo, como varrer, passar pano, lavar mesas, paredes e outras superfícies, coletar e remover o lixo doméstico, arrumar quadros, armários e gavetas, coletar, lavar, secar, dobrar e passar roupas; limpar sapatos; utilizar espanador, vassoura e aspirador de pó; utilizar máquina de lavar, secadora e ferro de passar.									

		NENHUMA DIFICULDADE	DIFICULDADE LEVE	DIFICULDADE MODERADA	DIFICULDADE GRAVE	DIFICULDADE COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE		
	d650	Cuidar dos objetos da casa	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Como é para você fazer a manutenção, fazer pequenos consertos, cuidar da decoração da sua casa e de seus animais domésticos?</i>		Manter e consertar a casa e outros objetos pessoais, incluindo a casa e seu conteúdo, roupas, veículos e dispositivos auxiliares, e cuidar de plantas e animais, como pintar ou colocar papel de parede nos quartos, consertar móveis, encanamentos, garantir o funcionamento adequado de veículos, aguar as plantas, tratar e alimentar animais de estimação ou domésticos.									
	d660	Ajudar os outros	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Consegue ajudar os outros ou algum membro da família no aprendizado, no cuidado pessoal ou na manutenção da saúde?</i>		Auxiliar os membros da casa e outros no seu aprendizado, comunicação, cuidado pessoal, movimento, dentro ou fora da casa; preocupar-se com o bem estar dos membros da casa e outros.									
	d720	Interações interpessoais complexas	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Como é suas relações interpessoais? Consegue ter boas relações com as pessoas?</i>		Manter e controlar as interações com outras pessoas, de maneira contextual e socialmente apropriada, como controlar emoções e impulsos, controlar a agressão verbal e física, agir de maneira independente nas interações sociais e agir de acordo com as regras e convenções sociais.									
	d760	Relações familiares	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>E com os familiares?</i>		Criar e manter relações de parentesco, como com membros do núcleo familiar, parentes, família adotiva e de criação e parentes não consanguíneos, relações mais distantes como primos de segundo grau ou tutores legais.									
<i>Como estão as suas relações íntimas? Com o marido, com a mulher, com namorado(a)?</i>	* d770	Relações íntimas	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
		Criar e manter relações românticas ou íntimas entre indivíduos, como marido e mulher, amantes ou parceiros sexuais.									

		NENHUMA DIFICULDADE	DIFICULDADE LEVE	DIFICULDADE MODERADA	DIFICULDADE GRAVE	DIFICULDADE COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	
d825	Treinamento profissional	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Você participou de algum treinamento profissional depois da doença? Como é para você participar de algum treinamento profissional?</i>	Participar de todas as atividades de um programa de formação profissional e aprender as disciplinas do programa curricular que preparam para um negócio, emprego ou profissão.									
d830	Educação de nível superior	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Cursou ou cursa ensino superior? Tem tido alguma dificuldade?</i>	Participar em atividades dos programas educativos avançados em universidades, faculdades e escolas profissionalizantes e aprender todos os aspectos do currículo necessários para obter graduações, diplomas, certificados e outras creditações, como por exemplo, obter uma licenciatura ou mestrado, formar-se em faculdade de medicina ou em outra escola profissionalizante.									
d845	Conseguir, manter e sair de um emprego	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
<i>Está trabalhando? Como tem sido manter o emprego?</i>	Procurar, encontrar e escolher um emprego, ser contratado e aceitar o emprego, manter e progredir no trabalho, negócio, ocupação ou profissão e sair de um emprego de maneira apropriada.									
d850	Trabalho remunerado	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
	Participar de todos os aspectos do trabalho, como uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em troca de pagamento, como empregado, em tempo integral ou parcial, ou como autônomo, como procurar trabalho e conseguir um emprego, realizar as tarefas necessárias do trabalho, chegar pontualmente ao trabalho, supervisionar outros empregados ou ser supervisionado e realizar as tarefas necessárias sozinho ou em grupo.									
d855	Trabalho não remunerado	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
	Participar de todos os aspectos do trabalho sem pagamento, em tempo parcial ou integral, incluindo organizar as atividades de trabalho, realizar as tarefas necessárias do trabalho, chegar pontualmente ao trabalho, supervisionar outros empregados ou ser supervisionado e realizar as tarefas necessárias sozinho ou em grupo, como trabalho voluntário, trabalho beneficente, trabalho não remunerado para uma comunidade ou grupo religioso, trabalhar em casa sem remuneração.									

		NENHUMA DIFICULDADE	DIFICULDADE LEVE	DIFICULDADE MODERADA	DIFICULDADE GRAVE	DIFICULDADE COMPLETA	NÃO ESPECIFICADA	NÃO APLICÁVEL	COMORBIDADE	OBSERVAÇÃO
d910	Vida comunitaria									
Como tem sido para você participar da vida social?	Participar de todos os aspectos da vida social comunitária, como participar de organizações beneficentes, de clubes de serviços ou de organizações sociais e profissionais.									
d920	Recreação e lazer	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Como tem sido seu lazer?	Participar de qualquer forma de jogo, atividade recreativa ou de lazer, como jogo ou esportes informais ou organizados, programas de exercício físico, relaxamento, diversão, ir a galerias de arte, museus, cinema ou teatro, participar de trabalhos artesanais ou "hobbies", ler por prazer, tocar instrumentos musicais, fazer excursões, turismo ou viajar por prazer.									
d930	Religião e espiritualidade	0	1	2	3	4	8	9	C	OBSERVAÇÃO
Consegue participar de atividades religiosas?	Participar em atividades religiosas ou espirituais, em organizações e práticas para satisfação pessoal, encontrar um significado para a vida, um valor religioso ou espiritual e estabelecer contato com um poder divino, como por exemplo, frequentar uma igreja, templo, mesquita ou sinagoga, rezar ou cantar com um propósito religioso, contemplação espiritual.									

OBSERVAÇÕES - ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

FATORES AMBIENTAIS

*Definição: Os **fatores ambientais** constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.*

Qualificadores

xxx.0	NENHUMA barreira	(nenhuma, ausente, escassa, ...)	0-4%
xxx.1	Barreira LEVE	(leve, baixa, ...)	5-24%
xxx.2	Barreira MODERADA	(média, regular, ...)	25-49%
xxx.3	Barreira SEVERA	(elevada, extrema, ...)	50-95%
xxx.4	Barreira COMPLETA		96-100%
xxx+0	NENHUM facilitador	(nenhum, ausente, escasso, ...)	0-4%
xxx+1	Facilitador LEVE	(leve, baixo, ...)	5-24%
xxx+2	Facilitador MODERADO	(médio, regular, ...)	25-49%
xxx+3	Facilitador CONSIDERÁVEL	(alto, extremo, ...)	50-95%
xxx+4	Facilitador COMPLETO	(total, ...)	86-100%
xxx.8	Barreira não especificada		
xxx+8	Facilitador não especificado		
xxx.9	não aplicável		

			NENHUMA BARREIRA	BARREIRA LEVE	BARREIRA MODERADA	BARREIRA GRAVE	BARREIRA COMPLETA	FACILITADOR LEVE	FACILITADOR MODERADO	FACILITADOR CONSIDERÁVEL	FACILITADOR COMPLETO	BARREIRA NÃO ESPECIFICADA	FACILITADOR NÃO ESPECIFICADO	NÃO APLICÁVEL	
	e1101	Medicamentos	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Você está em uso de alguma medicação para dor?</i>		Substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para propósitos medicinais, como medicação alopática ou medicinal.													
	e115	Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Você fez alguma adaptação em objetos de seu uso pessoal para poder utilizar? Você modificou a forma de realizar alguma coisa?</i>		Equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas nas atividades diárias, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados, situados na, sobre ou perto das pessoas que os utiliza.													
	e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Como é para você entrar e circular em prédios e edifícios? O que dificulta? O que facilita?</i>		Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas nas atividades de deslocamento dentro e fora de edifícios, incluindo aquele adaptados ou especialmente projetados, situados em, sobre ou perto de pessoa que os utiliza.													
	e1350	Produtos e tecnologias gerais para o trabalho	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Como são suas condições de trabalho? Existem tarefas, equipamentos, ritmo ou outra condição que facilita ou dificulta o seu trabalho?</i>		Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados no trabalho para facilitar as atividades profissionais, como ferramentas, máquinas e equipamentos de escritório, não adaptados nem especialmente projetados.													
	e1351	Produtos e tecnologia de assistência para o trabalho	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Houve alguma modificação?</i>		Equipamentos, produtos e tecnologia a adaptados ou especialmente projetados utilizados no trabalho para facilitar as atividades profissionais, como mesas ajustáveis, escrivaninhas e arquivos; abertura e fechamento de portas de escritório com controle remoto; hardware e software de computador, acessórios e unidade de controle ambiental que visam facilitar a condução do indivíduo, das tarefas relacionadas ao trabalho e o controle do ambiente de trabalho.													

			NENHUMA BARREIRA	BARREIRA LEVE	BARREIRA MODERADA	BARREIRA GRAVE	BARREIRA COMPLETA	FACILITADOR LEVE	FACILITADOR MODERADO	FACILITADOR CONSIDERÁVEL	FACILITADOR COMPLETO	BARREIRA NÃO ESPECIFICADA	FACILITADOR NÃO ESPECIFICADO	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÃO
	e1650	Bens Financeiros	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	
<i>Houve modificação na sua renda com o adoecimento?</i>															
Produtos, como dinheiro ou outros instrumentos financeiros, que servem como meio de troca de mão-de-obra, bens de capital e serviços.															
	e1651	Bens materiais	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Houve alguma mudança na sua capacidade de adquirir bens materiais?</i>															
Produtos ou objetos, como uma casa ou propriedade de terra, roupas, alimentos e mercadorias técnicas, que servem como meio de troca de mão-de-obra, bens de capital e serviços.															
	e1652	Bens não materiais	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Observar pela escolaridade, habilidades, grau de conhecimento e de especialização / "grau de empregabilidade"</i>															
Produtos, como propriedade intelectual, conhecimentos e habilidades que servem como meio de troca de mão-de-obra, bens de capital e serviços.															
	e2250	Temperatura	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Como você fica em ambientes frios? E com mudança de tempo?</i>															
Grau de calor ou frio, como temperatura alta e baixa, temperatura normal ou externa.															
	e255	Vibração	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Como é ficar exposto à vibração, por exemplo: ônibus ou carro trepidando, turbulência de avião e equipamentos que tremem - bateadeira e barbeador elétrico?</i>															
Movimento regular ou irregular para frente e para trás, de um objeto ou um indivíduo causado por um distúrbio físico, como sacudir, tremer, movimentos rápidos e irregulares de coisas, prédios ou pessoas, causados por equipamentos pequenos ou grandes, aeronaves e explosões.															

			NENHUMA BARREIRA	BARREIRA LEVE	BARREIRA MODERADA	BARREIRA GRAVE	BARREIRA COMPLETA	FACILITADOR LEVE	FACILITADOR MODERADO	FACILITADOR CONSIDERÁVEL	FACILITADOR COMPLETO	BARREIRA NÃO ESPECIFICADA	FACILITADOR NÃO ESPECIFICADO	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÃO
e310	Família imediata	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO	
<i>Como tem sido a relação com sua família após o adoecimento? Como era este relacionamento antes do adoecimento?</i>	Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outros relacionamentos reconhecidos pela cultura, como família imediata, cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de criação, pais adotivos e avós.														
e315	Família ampliada	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO	
<i>E com os parentes mais próximos? Tios, sogro(a), avós, sobrinhos...</i>	Indivíduos aparentados por meio de família ou casamento ou outros relacionamentos reconhecidos pela cultura, como parentes, tias, tios, sobrinhos e sobrinhas.														
e320	Amigos	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO	
<i>Você tem muitos amigos? Como tem sido o seu relacionamento com os amigos após o seu adoecimento? Você poderia lembrar de quantos amigos importantes nesse momento de sua vida?</i>	Indivíduos que são próximos e contínuos em relacionamentos caracterizados pela confiança e apoio mútuos.														
e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO	
<i>Como tem sido o seu relacionamento com vizinhos e sua comunidade? Você frequenta algum grupo na sua comunidade? Como era este relacionamento antes de seu adoecimento?</i>	Indivíduos que mantêm uma relação de familiaridade entre si, como conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade no trabalho, escola, recreação, ou outros aspectos da vida, e que com partilham características demográficas como idade, sexo, credo ou etnia ou os mesmos interesses.														
e330	Pessoas em posição de autoridade	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO	
<i>Como é para você o relacionamento com seu chefe na empresa/trabalho ou pessoas com autoridade?</i>	Indivíduos que tem responsabilidade de tomar decisões por outros e que tem influência socialmente definida ou poder com base no seu papel social, econômico, cultural ou religioso na sociedade como professores, empregadores, supervisores, líderes religiosos, tomadores de decisão substitutos, tutores ou curadores.														

		NENHUMA BARREIRA	BARREIRA LEVE	BARREIRA MODERADA	BARREIRA GRAVE	BARREIRA COMPLETA	FACILITADOR LEVE	FACILITADOR MODERADO	FACILITADOR CONSIDERÁVEL	FACILITADOR COMPLETO	BARREIRA NÃO ESPECIFICADA	FACILITADOR NÃO ESPECIFICADO	NÃO APLICÁVEL	OBSERVAÇÃO
e340	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Você tem alguém que lhe ajuda? Como é seu relacionamento com essa pessoa antes e depois da doença?</i>	Indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas actividades diárias e na manutenção do desempenho no trabalho, na educação ou em outras situações da vida, e que são pagos através de fundos públicos ou privados ou trabalham numa base de voluntariado, tais como, pessoas que apoiam na construção e na manutenção das casas, que dão assistência pessoal, assistência nos transportes, ajudas remuneradas, amas de crianças e outras pessoas que prestam cuidados ou dão apoio.													
e355	Profissionais da saúde	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Como tem sido a sua experiência com a Previdência Social? Como tem sido o seu relacionamento com o médico do trabalho da empresa?</i>	Todos os fornecedores de serviços que trabalham no contexto do sistema de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologista, protético, assistentes sociais da área médica.													
e360	Outros profissionais	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Como tem sido sua experiência com CESAT? O serviço de TO? Clínica de dor? Médico assistente? Perito INSS?</i>	Todos os fornecedores de serviço que trabalham fora do sistema de saúde, mas que fornecem serviços relacionados à saúde como assistentes sociais, professores, arquitetos ou projetistas.													
e410	Atitudes individuais de membros da família imediata	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>O que a sua família pensa sobre o fato de você ter LER-DORT?</i>	Opiniões e crenças gerais ou específicas dos membros familiares imediatos sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g. questões sociais, políticas e económicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.													
e420	Atitudes individuais dos amigos	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>E seus amigos, o que pensam sobre isso?</i>	Opiniões e crenças gerais ou específicas dos amigos sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e económicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.													

		NENHUMA BARREIRA	BARREIRA LEVE	BARREIRA MODERADA	BARREIRA GRAVE	BARREIRA COMPLETA	FACILITADOR LEVE	FACILITADOR MODERADO	FACILITADOR CONSIDERÁVEL	FACILITADOR COMPLETO	BARREIRA NÃO ESPECIFICADA	FACILITADOR NÃO ESPECIFICADO	NÃO APLICÁVEL	
e425	Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>E seus vizinhos...</i>		Opiniões e crenças gerais ou específicas das pessoas em posições de autoridade sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.												
e430	Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>O que você acha que o seu chefe ou outra pessoa de autoridade pensa sobre a sua doença?</i>		Opiniões e crenças gerais ou específicas das pessoas em posições subordinadas sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.												
e450	Atitudes individuais dos profissionais da saúde	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>O que os profissionais de saúde pensam sobre o fato de você ter LER-DORT?</i>		Opiniões e crenças gerais ou específicas dos profissionais da saúde sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.												
e455	Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>E outros trabalhadores de nível médio que trabalham com saúde ou previdência...</i>		Opiniões e crenças gerais ou específicas dos profissionais relacionados à saúde sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.												
e460	Atitudes Sociais	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Como é ser (categoria profissional) com LER-DORT na sociedade?</i>		Opiniões e crenças gerais ou específicas mantidas em geral pelas pessoas de uma cultura, sociedade, grupo subcultural ou outro grupo social sobre outros indivíduos ou sobre outras questões sociais, políticas e econômicas que influenciam o comportamento e as ações do indivíduo ou do grupo.												

			NENHUMA BARREIRA	BARREIRA LEVE	BARREIRA MODERADA	BARREIRA GRAVE	BARREIRA COMPLETA	FACILITADOR LEVE	FACILITADOR MODERADO	FACILITADOR CONSIDERÁVEL	FACILITADOR COMPLETO	BARREIRA NÃO ESPECIFICADA	FACILITADOR NÃO ESPECIFICADO	NÃO APLICÁVEL	
			0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
e465	Normas, práticas e ideologias sociais		0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>A LER-DORT tem interferido na sua vida social?</i>		Costumes, práticas, regras e sistemas abstratos de valores e crenças normativas (e.g., ideologias, visões normativas do mundo, filosofias morais) que surgem dentro dos contextos sociais e que afetam ou criam práticas e comportamentos sociais e individuais, como normas sociais de moral, etiqueta e comportamento religioso, doutrina religiosa e normas e práticas resultantes, normas que governam rituais ou eventos sociais.													
e540	Serviços, sistemas e políticas de transporte		0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Você conhece, tem acesso a passe livre, assentos reservados em ônibus ou outro benefício concedido à pessoas na sua condição?</i>		Serviços, sistemas e políticas que possibilitam o deslocamento de pessoas de um local para outro.													
e555	Serviços, sistemas e políticas de		0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Você participa de algum grupo de portadores de LER/DORT, sindicato ou associação? Como tem sido para você isto?</i>		Serviços, sistemas e políticas relacionadas a grupos de pessoas que se organizaram em busca de interesses comuns e não comerciais, com seqüência em uma estrutura de associação dos membros.													
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social		0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Qual a sua situação previdenciária? Como tem sido o recebimento do benefício? (regularidade, se é suficiente)</i>		Serviços, sistemas e políticas voltadas para o fornecimento do suporte econômico às pessoas que, devido à idade, pobreza, desemprego, condições de saúde ou incapacidade, precisam de assistência pública financiadas pela receita tributária ou por esquema de contribuição.													
e575	Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral		0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO
<i>Você conhece algum tipo de suporte legal para pessoas com LER/DORT?</i>		Serviços, sistemas e políticas voltadas para o fornecimento de suporte para aqueles que necessitam de ajuda em áreas como compras, trabalho doméstico, transporte, cuidado pessoas e cuidado dos outros, para poder funcionar melhor na sociedade.													

			NENHUMA BARREIRA	BARREIRA LEVE	BARREIRA MODERADA	BARREIRA GRAVE	BARREIRA COMPLETA	FACILITADOR LEVE	FACILITADOR MODERADO	FACILITADOR CONSIDERÁVEL	FACILITADOR COMPLETO	BARREIRA NÃO ESPECIFICADA	FACILITADOR NÃO ESPECIFICADO	NÃO APLICÁVEL	
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO	
<i>Você está engajado em algum serviço de tratamento e reabilitação? Como tem sido o seu processo de tratamento e reabilitação?</i>		Serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde , fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável.													
e585	Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO	
<i>Você tem participado de algum treinamento para outra função? Já houve alguma avaliação de suas capacidades, habilidades e competências para seu retorno ao trabalho? Você já teve alguma experiência de desenvolver outras habilidades: canto, música, dança?</i>		Serviços, sistemas e políticas para aquisição, manutenção e aperfeiçoamento do conhecimento, experiências e habilidades vocacionais ou artísticas.													
e590	Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego	0	1	2	3	4	+1	+2	+3	+4	8	+8	9	OBSERVAÇÃO	
<i>Qual a sua expectativa de reinserção profissional no futuro? Como você se imagina daqui a 5 anos do ponto de vista profissional?</i>		Serviços, sistemas e políticas relacionadas a encontrar um trabalho adequado para as pessoas que estão desempregadas ou em busca de um trabalho diferente, ou para dar suporte a indivíduos já empregados que buscam uma promoção.													

OBSERVAÇÕES - FATORES AMBIENTAIS

11. ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
OFÍCIO N. 189/2009

Salvador, 30 de julho de 2009.

Referente ao Protocolo n. 64/2009

“PRODUÇÃO DE TECNOLOGIA DE SAÚDE PARA REABILITAÇÃO DE TRABALHADORES: PROGRAMA DE REABILITAÇÃO DE TRABALHADORES DO CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – CESAT- BAHIA”

PARECER

O CEP-Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, após análise do ponto de vista bioético do citado Protocolo, considera que o mesmo atende aos princípios éticos em pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP- CNS- MS).

Diante do exposto julga o protocolo supracitado **APROVADO**.
Lembramos a necessidade do envio de relatório do andamento da pesquisa dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.

Saudações,


Prof.ª Dra. Lucíola Maria Lopes Crisóstomo
Coordenadora do CEP/EBMSP/FBDC.

Ilma. Sra..
PROFª. Mônica Angelim Gomes de Lima
End.: Rua Fernando Menezes de Góes, Ed. Mater Magister, 103 – Apt. 202
Bairro: Pituba
CEP: 41.810-700 - Salvador – Bahia

11. ANEXO B

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE MOS SF-36

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE MOS SF-36

SOBRE ESTAS PERGUNTAS esta pesquisa questiona você sobre a sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

			(circule uma)
Excelente		1	
Muito Boa		2	
Boa		3	
Ruim		4	
Muito Ruim		5	

2. Comparado há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora:

			(circule uma)
Muito melhor agora do que há um ano atrás		1	
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás		2	
Quase a mesma de há um ano atrás		3	
Um pouco pior agora do que há um ano atrás		4	
Muito pior agora do que há um ano atrás		5	

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um

dia comum. Devido a sua saúde você teria dificuldade para fazer essas atividades? Nesse caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

<u>ATIVIDADES DIÁRIAS</u>	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço tais como correr, levantar pesos, participar de esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou atividade diária regular, como consequência da sua saúde física?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupos?

(circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho (incluindo o

trabalho fora de casa e dentro de casa)?

		(circule uma)
De maneira nenhuma	.....	1
Um pouco	.....	2
Moderadamente	.....	3
Bastante	.....	4
Extremamente	.....	5

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

(circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, familiares etc.)?

		(circule uma)
Todo o tempo	.....	1
A maior parte do tempo	.....	2
Alguma parte do tempo	.....	3
Uma pequena parte do tempo	.....	4
Nenhuma parte do tempo	.....	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdade	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente do que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

SF-36® Health Survey © 1988, 2002 by JE Ware, Jr., MOT, Health Assessment Lab, QualityMetric Incorporated – All rights reserved

SF-36® is a registered trademark of the Medical Outcomes Trust (MOT)
(IQOLA SF-36 Portuguese Standard Version 1.0)

9. ANEXO C

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE (HAQ)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE (HAQ)

Marque com um sinal (X) a resposta que melhor descreva a capacidade de desempenho normal das tarefas mencionadas durante a semana passada:

	Sem qualquer dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
Vestir-se e preparar-se				
Consegue vestir-se, inclusive arrumar cordões do sapato e abotoar suas roupas?	()	()	()	()
Consegue lavar a cabeça e os cabelos?	()	()	()	()
Levantar-se				
Consegue levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto sem braços?	()	()	()	()
Consegue deitar-se e levantar-se da cama?	()	()	()	()
Comer				
Consegue cortar um pedaço de carne?	()	()	()	()
Consegue levar à boca um copo ou uma xícara de café, leite ou água?	()	()	()	()
Consegue abrir uma caixa de leite?	()	()	()	()
Caminhar				
Consegue caminhar em lugares planos?	()	()	()	()
Consegue subir cinco degraus?	()	()	()	()
Higiene Pessoal				
Consegue lavar e secar seu corpo após o banho?	()	()	()	()
Consegue tomar banho de chuveiro?	()	()	()	()
Consegue sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	()	()	()	()

Alcançar	Sem qualquer dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
Consegue levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 Kg que esteja posicionado pouco acima da cabeça?	()	()	()	()
Consegue curvar-se para pegar as roupas no chão?	()	()	()	()
Agarrar				
Consegue segurar-se em pé no ônibus ou metrô?	()	()	()	()
Consegue abrir tampas de frascos que já tenham sido previamente abertas?	()	()	()	()
Consegue abrir e fechar torneiras?	()	()	()	()
Outras atividades				
Consegue fazer compras nas redondezas onde mora?	()	()	()	()
Consegue entrar e sair de um ônibus?	()	()	()	()
Consegue executar tarefas como usar uma vassoura para varrer e rodo para água?	()	()	()	()