

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-  
MESTRADO**

**DOR MUSCULOESQUELÉTICA E QUALIDADE DE  
VIDA EM TRABALHADORES DO SERVIÇO  
HOSPITALAR DE LIMPEZA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Emanuelli Mancio Ferreira da Luz**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

**DOR MUSCULOESQUELÉTICA E QUALIDADE DE VIDA  
EM TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE  
LIMPEZA**

**por**

**Emanuelli Mancio Ferreira da Luz**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), na Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Tânia Solange Bosi de Souza Magnago**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

chamada UFSM CCS ME 2015  
cod. barras 114911  
local BC  
inclusão 09/03/2015  
número 0000770

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Mancio Ferreira da Luz, Emanuelli  
Dor musculoesquelética e qualidade de vida em  
trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza /  
Emanuelli Mancio Ferreira da Luz.-2015.  
108 p.; 30cm

Orientadora: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Enfermagem 2. Saúde do trabalhador 3. Qualidade de  
vida 4. Dor musculoesquelética 5. Serviço Hospitalar de  
Limpeza I. Bosi de Souza Magnago, Tânia Solange II.  
Título.

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem –  
Mestrado em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

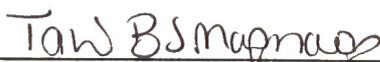
**DOR MUSCULOESQUELÉTICA E QUALIDADE DE VIDA EM  
TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**

elaborada por

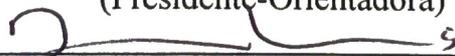
**Emanuelli Mancio Ferreira da Luz**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem**

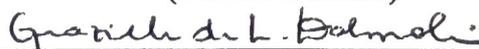
**COMISSÃO EXAMINADORA:**



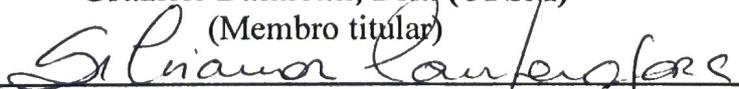
**Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. (UFSM)**  
(Presidente-Orientadora)



**Jadir Camargo Lemos, Dr. (UFSM)**  
(Membro titular)



**Grazielle Dalmolin, Dra. (UFSM)**  
(Membro titular)



**Silviamar Camponogara, Dra. (UFSM)**  
(Membro Suplente)

Santa Maria, 14 de janeiro de 2015

## AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Primeiramente a **Deus**, pela proteção ao guiar minhas viagens semanais e por iluminar esse caminho árduo e repleto de realizações. Também por ensinar, embora na frustração, que tudo tem o tempo certo para acontecer e com um propósito divino, acima de nossos desejos.

À minha mãe **Maria Eulalia da Silva Mancio**, pelo exemplo de superação e garra, sempre lutando para que nossos objetivos fossem alcançados, mesmo que precisasse abdicar dos seus próprios sonhos. Por me ensinar que as vitórias chegam para os batalhadores e que, para isso, é necessário honestidade e persistência.

Ao meu esposo **Alexandre Souto da Luz**, por cumprir diariamente os juramentos do casamento, ao cuidar do meu sonho como se fosse o seu. Lembro de quando fui aprovada no mestrado, que se preocupou em comprar um carro para que eu pudesse viajar. Com sacrifício e sem pedir nada em troca, me ajudou não só financeiramente, como emocionalmente, até o fim. Valor nenhum pagarão as tuas atitudes e o teu cuidado, meu amor!

Ao nosso filho amado **Vicente**, que trouxe luz para o término dessa caminhada e me faz sonhar ainda mais alto! Difícil, nesses últimos meses, obter a concentração necessária, com esse sentimento que toma conta do coração e dos pensamentos!

Ao meu avô **Idalécio Goulart Mancio**, pelo exemplo de honestidade e por incentivar o crescimento profissional, sempre preocupado com as viagens e pedindo proteção a Deus.

À minha irmã **Francielli Ferreira**, pela reaproximação que tanto nos ensinou, incentivo e por desejar que buscasse os meus sonhos, assim como buscou os seus.

À minha tia amada, **Valderez Mancio** que acolheu, com esse coração imenso, a nossa “recém” família como uma “segunda-mãe”. À minha irmã do coração e prima **Débora Berny**, pelo exemplo de força de vontade e por ser o “porto seguro”, me conhecendo até pela voz. Obrigada por sempre contar com vocês, independente das circunstâncias.

À minha orientadora desde o sétimo semestre da graduação, **Professora Tânia Solange Bosi de Souza Magnago**, que ensinou o verdadeiro sentido da docência e a arte de ensinar. Além disso, mostrou que a compreensão e amizade vão além de um objetivo acadêmico, são por toda vida! Agradeço a confiança, por ser meu espelho de caráter e de sabedoria adquirida com crescimento e humildade.

À minha supervisora de estágios e co-orientadora **Marinez Diniz da Silva Ceron**, que me incentivou nessa caminhada e permanece do meu lado como amiga e exemplo.

Aos meus sogros **Marilda e Enioldo da Luz**, cunhada **Larissa**, pela acolhida em sua casa e pela preocupação para que eu conseguisse assistir as aulas.

Às colegas, Enfermeiras, do Grupo de Pesquisa, que fizeram com que esses três anos de convivência fossem leves, além de oportunizarem crescimento e amadurecimento. Em especial, agradeço a **Andrea Prochnow, Mari Angela Meneghetti Baratto, Graziela Cauduro, Cintia Marconatto e Carolina Zottelle**.

Ao Estatístico **Doriétson**, pela disponibilidade, aprendizados e auxílio ímpar na análise desta pesquisa.

Às minhas amigas de infância, **Nayana Simon, Renata Nunes, Michele Cruz, Amanda Oliveira e Luisa Somavilla** por incentivarem a prosseguir, compreendendo minhas ausências.

À minha “dupla” de trabalho **Etienne da Silva Pereira**, pelo apoio diário, incentivo e amizade nas horas mais difíceis, onde o choro de cansaço predominava.

À Coordenação de Enfermagem da Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel, especialmente **Danieli Soares Dias e Fernanda Coirola**, pela compreensão, ao proporcionarem que trabalhasse à noite e pelo carinho pessoal.

À Provedoria e Administração da Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel, especialmente ao **Provedor Luis Carlos Venturini Dotto**, pela confiança no meu trabalho e pelos auxílios para eventos, em busca da qualificação profissional.

Ao nosso “Piquete”, considerado como nossa “família fora de casa” que faz os dias de trabalho tornarem-se mais leves, regados a um convívio de amizade, especialmente **Rúbia e Felipe da Silveira, Rafaela Bovolini, Camila Guedes, Clóris Munhoz e Tiago Guedes, Danieli Pereira**. Aos ex-colegas **Rafael Bovolini, Rafaela Guedes e Ana Claudia Weigert**, pela amizade ímpar que construímos, pelo incentivo e pelas “inúmeras” trocas de plantão.

Aos Professores que compõem a Banca Examinadora, **Dra. Silviamar Camponogara**, por acompanhar minha trajetória desde a graduação, com carinho e compreensão, **Dra. Grazielle Dalmolin e Dr. Jadir Camargo Lemos**, pelo aceite do convite e pelas contribuições para aprimorar esta pesquisa. Também à **Dra. Liana Lautert**, pelo enriquecimento do projeto, através de sua valiosa análise.

A todos os **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM**, por contribuírem na minha formação e incentivo para a continuação dessa caminhada.

A **Coordenação e Secretaria da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM**, pelo apoio irrestrito e à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**

(CAPES), pelo auxílio através da bolsa de estudos, que foi de suma importância para a conclusão dessa etapa.

Ao **Hospital Universitário de Santa Maria e empresa pesquisada**, por aceitarem a realização desta pesquisa e aos **trabalhadores de limpeza**, pela disponibilidade em participar e pelo carinho com que nossa equipe de coleta de dados foi recebida.

A todos aqueles envolvidos nesse sonho pessoal e profissional, o mestrado e que, de alguma forma, me auxiliaram na obtenção desse título que significa mais do que qualificação, significa uma superação pessoal. Muito Obrigada, de coração!

# RESUMO

Dissertação de Mestrado

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

## **Dor musculoesquelética e qualidade de vida em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza**

AUTORA: EMANUELLI MANCIO FERREIRA DA LUZ

ORIENTADORA: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 14 de janeiro de 2015.

Os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL) encontram-se expostos a ocorrência de dor musculoesquelética (DME), devido a situações de risco presentes no contexto laboral, que podem interferir na qualidade de vida (QV). Dentre essas situações, destacam-se a força excessiva, repetitividade, posturas corporais inadequadas, além das condições ergonômicas e dos fatores ambientais. Este estudo teve por objetivo avaliar a relação entre DME e QV em trabalhadores do SHL de um Hospital Universitário Público do Rio Grande do Sul/Brasil. Trata-se de um estudo transversal que utilizou o banco de dados do Projeto Matricial “Avaliação das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob a CAAE: 3106313.1.0000.5346, em 26 de fevereiro de 2013. A população foi constituída por 157 trabalhadores. A coleta de dados foi realizada por meio de formulário contendo os dados sociodemográficos, laborais, hábitos e saúde, instrumento para avaliação da QV (SF-36) e uma questão referente a DME, no período de março a junho de 2013. Para a inserção dos dados foi utilizado o Epiinfo®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a correção de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada no PASW® (Predictive Analytics Software) 18.0 for Windows, utilizando a estatística descritiva e analítica, testando a associação entre a DME, QV e as demais variáveis. Foi considerada associação significativa quando  $p < 0,05$ . Como resultados, obteve-se a prevalência de DME, relatada nos últimos sete dias à entrevista, de 70,1%. Após a análise ajustada por fatores de confundimento, obteve-se que os trabalhadores do SHL com faixa etária entre 19 e 34 anos, aqueles que não tem e os que às vezes tem tempo para o lazer apresentaram prevalências mais elevadas de DME, quando comparados aos demais grupos. Os domínios do instrumento SF 36 com maior correlação com a DME foram Vitalidade e Capacidade Funcional. Os trabalhadores com maior prevalência de DME possuem menores escores em todas as dimensões da QV. Esses resultados sinalizam a presença de sintomas musculoesqueléticos consideráveis nas atividades laborais dos trabalhadores do SHL e possuem efeitos negativos na QV. Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre as questões de organização do trabalho, além do planejamento de ações de promoção e prevenção a saúde, a fim de prevenir a ocorrência de DME e minimizar as implicações na QV dos trabalhadores.

**Descritores:** Enfermagem. Saúde do trabalhador. Qualidade de vida. Dor Musculoesquelética. Serviço Hospitalar de Limpeza.

## ABSTRACT

Master's Degree Thesis

Graduate Program in Nursing

Universidade Federal de Santa Maria

### **Pain musculoesquelética and life quality in workers of the Hospital Service of Cleaning**

AUTORA: EMANUELLI MANCIO FERREIRA DA LUZ

ORIENTADORA: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 14 de janeiro de 2015.

The workers of the Hospital Service of Cleaning (SHL) are exposed the pain incident musculoesquelética (DME), due to present risk situations in the context laboral, that can interfere with quality of life (QV). Among these situations, they detach the excessive force, repeatability, unsuitable physical postures, in addition to ergonomic conditions and of the environmental factors. This study had since objective valued the relation between DME and QV at workers of the SHL of a Public University Hospital in Rio Grande do Sul/ Brazil. It is the question of a cross study that used the database of the Matrix Project "Assessment of Working Conditions and Health of Hospital Service Workers of Cleaning", approved in the Committee of Ethics in Inquiry of the UFSM, under the CAAE: 3106313.1.0000.5346, on the 26th of February of 2013. The population was constituted by 157 workers. The data collection was carried out through form containing the data sociodemográficos, you labor, habits and health, instrument for evaluation of the QV (SF-36) and a question referring to DME, in the period of March to June of 2013. For the insertion of the data the Epiinfo® was used, version 6.4, with pair digitação independent. After the correction of mistakes and inconsistencies, the analysis of the data was carried out in the PASW® (Predictive Analytics Software) 18.0 will be Windows, using the descriptive and analytical statistic, testing the association between the DME, QV and the too variable ones. Was considered significant association when  $p < 0.05$ . As results, there was obtained the prevalence of DME, reported in the last seven days to the interview, of 70,1 %. After the analysis adjusted by confounding factors, obtained that the workers of the SHL with age group between 19 and 34 years, those who do not have and that sometimes have time for leisure showed higher prevalence rates of DME, when too many groups were compared to. The powers of the instrument SF 36, with bigger correlation with the DME, were a Vitality and Functional Capacity. Workers with higher prevalence of DME have lower scores in all dimensions of the QV. These results signal the presence of symptoms musculoesqueléticos considerable in the activities you labor of the workers of the SHL, linked to the work and who have negative effects in the QV. In this sense, it is necessary to think about the questions of organization of the work, besides the projection of actions of promotion and prevention to health, in order to prevent the incident of DME and minimize the implications in the QV of the workers.

**Descriptors:** Nursing. Occupational health. Quality of life. Musculoskeletal Pain. Hospital Housekeeping.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição dos domínios abordados pelo SF-36.....	24
Quadro 2	Relação das questões do SF-36 com as respectivas pontuações.....	37
Quadro 3	Valores de limite inferior e variação (Score Range) para os domínios do SF-36.	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Síntese das produções selecionadas para a revisão narrativa da literatura, realizada no Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Santa Maria/RS, 2014.....	19
Tabela 2	Distribuição das publicações excluídas da revisão integrativa: Utilização do instrumento SF-36 para avaliação da Qualidade de Vida dos Trabalhadores. 1999-2012. LILACS, PubMed e Scopus. Santa Maria/RS, 2013.....	26
Tabela 3	Classificação das variáveis estudadas, segundo o tipo e a escala de mensuração.....	33
Tabela 4	Perfil sociodemográfico dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário do Rio Grande do Sul. RS, Brasil, 2013.....	39
Tabela 5	Perfil laboral dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário do Rio Grande do Sul. RS, Brasil, 2013.....	40
Tabela 6	Perfil de saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, 2013.....	41
Tabela 7	Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário, segundo intensidade de dor musculoesquelética. RS, Brasil, 2013.....	43
Tabela 8	Frequências de dor musculoesquelética dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, segundo perfil sociodemográfico. RS, Brasil, 2013.....	43
Tabela 9	Frequências de dor musculoesquelética dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, segundo perfil laboral. RS, Brasil, 2013.....	44
Tabela 10	Frequência de dor musculoesquelética dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, segundo perfil de saúde. RS, Brasil, 2013.....	45
Tabela 11	Análises bruta e ajustadas para a associação entre dor musculoesquelética e variáveis demográficas, laborais, hábitos e saúde em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário. RS, Brasil, 2013.....	46
Tabela 12	Descrição dos valores atribuídos pelos trabalhadores do SHL de um hospital universitário à qualidade de vida, segundo os domínios do SF-36. RS, Brasil.....	47
Tabela 13	Comparação de médias das variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde, segundo o SF-36. RS, Brasil, 2013.....	49

Tabela 14	Distribuições das médias dos domínios do SF-36, segundo ocorrência ou não de Dor musculoesquelética, no último ano. RS, Brasil, 2013.....	51
Tabela 15	Correlação entre a Dor musculoesquelética e os domínios do SF-36. RS, Brasil, 2013.....	51

## **LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice A – Termo de confidencialidade, privacidade e segurança dos dados.....	76
---	----

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Autorização para utilização do Banco de Dados.....	77
Anexo 2	Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM .....	78
Anexo 3	Instrumento de coleta de dados.....	80
Anexo 4	Autorização da empresa terceirizada .....	98
Anexo 5	Autorização do hospital pesquisado.....	99
Anexo 6	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE).....	100

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Comitê de Ética em Pesquisa	CEP
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	CAPES
Centro de Ciências da Saúde	CCS
Descritores em Ciências da Saúde	DECs
Direção de Ensino Pesquisa e Extensão	DEPE/HUSM
Dor musculoesquelética	DME
Equipamento de Proteção Individual	EPI
Gabinete de Projetos	GAP
Hospital Universitário de Santa Maria	HUSM
Índice de Massa Corporal	IMC
Instituto Nacional de Seguridade Social	INSS
Lei Orgânica da Saúde	LOS
Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe	LILACS
Medical Literature Analysis and Retrieval System on line	MEDLINE
Ministério do Trabalho	MT
National Library of Medicine National Institutes of Health	PubMed
Norma Operacional de Saúde do Trabalhador	NOST
Organização Internacional do Trabalho	OIT
Organização Mundial de Saúde	OMS
Política Nacional de Segurança e Saúde do trabalhador	PNSST
Programa de Pós Graduação em Enfermagem	PPGENF
Qualidade de Vida	QV
Serviço Hospitalar de Limpeza	SHL
Sistema Único de Saúde	SUS
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE
<i>The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey</i>	SF-36
Universidade Federal de Santa Maria	UFSM
<i>World Health Organization Quality of Life-100</i>	WHOQOL-100
<i>World Health Organization Quality of Life-bref</i>	WHOQOL-bref

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	09
1.1 Objetivo geral .....	13
1.2 Objetivos específicos .....	13
1.3 Hipóteses do estudo .....	13
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	14
<b>2.1 Breve histórico da Saúde do Trabalhador e a Terceirização de serviços</b> .....	14
<b>2.2 Processo de trabalho da equipe do Serviço Hospitalar de Limpeza</b> .....	18
<b>2.3 Dor musculoesquelética</b> .....	21
<b>2.4 Qualidade de vida: aspectos conceituais e instrumento de avaliação (SF-36)</b> .....	22
2.4.1 Utilização do instrumento SF-36 para avaliação da Qualidade de Vida dos Trabalhadores: revisão narrativa da literatura.....	25
<b>3 MÉTODO</b> .....	29
<b>3.1 Uma breve apresentação do projeto matricial que deu origem a esta dissertação</b> .....	29
<b>3.2 Delineamento da pesquisa</b> .....	31
<b>3.3 Cenário da pesquisa</b> .....	31
<b>3.4 População</b> .....	32
<b>3.5 Coleta de dados e Instrumento de pesquisa</b> .....	32
<b>3.6 Organização e análise dos dados</b> .....	32
3.6.1 Análises das variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde (BLOCOS A,B,C e D).34	
3.6.1.1 Bloco A - Variáveis sociodemográficas.....	34
3.6.1.2 Blocos B e C - Variáveis laborais.....	35
3.6.1.3 Bloco D - Variáveis hábitos e saúde.....	35
3.6.2 Análise da questão referente à Dor Musculoesquelética (BLOCO K).....	36
3.6.3 Análises das questões referentes à versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36 (BLOCO L).....	36
<b>3.7 Aspectos éticos</b> .....	38
<b>4 RESULTADOS</b> .....	39
4.1 Caracterização sociodemográfica, laboral, hábitos e saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza.....	39
4.2 Prevalência de dor musculoesquelética, nos últimos sete dias, segundo perfil sociodemográfico, laboral, hábitos e saúde dos trabalhadores do SHL.....	43
4.3 Identificação dos valores atribuídos, pelos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, aos domínios do Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36).....	47
4.4 Caracterização dos domínios do Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), segundo as variáveis sociodemográficas, laborais, de saúde e DME.....	48
4.5 Relações entre dor musculoesquelética e dos domínios da qualidade de vida em trabalhadores do SHL.....	50
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	52
5.1 Considerações sobre os achados sociodemográficos, laborais, hábitos e de saúde dos trabalhadores do SHL.....	52
5.2 Considerações sobre a prevalência de dor musculoesquelética, segundo perfil sociodemográfico, laboral, hábitos e saúde dos trabalhadores do SHL.....	55

5.3 Considerações acerca da Qualidade de vida dos trabalhadores do SHL, através do Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36).....	59
5.4 Avaliação da relação entre os fatores sociodemográficos, laborais, hábitos, de saúde, qualidade de vida e dor musculoesquelética.....	60
5.5 Considerações sobre a correlação entre a Qualidade de vida e dor musculoesquelética....	62
<b>CONCLUSÕES</b> .....	65
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	68
<b>APÊNDICES</b> .....	75
APÊNDICE A .....	76
<b>ANEXOS</b> .....	77
ANEXO 1 .....	78
ANEXO 2 .....	79
ANEXO 3 .....	80
ANEXO 4 .....	98
ANEXO 5.....	99
ANEXO 6.....	100

# 1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto de pesquisa a avaliação da relação entre dor musculoesquelética (DME) e a qualidade de vida (QV) em trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza (SHL) de um Hospital Universitário Público do Rio Grande do Sul/Brasil. Insere-se na linha de pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul.

A proposição desta pesquisa representa o interesse despertado pelo tema no decorrer de minha formação acadêmica e profissional, nas quais atuei em diferentes contextos de trabalho. Nessas vivências, observei como ocorre a relação entre os trabalhadores e seu trabalho, bem como as repercussões do trabalho na saúde física dos indivíduos. Na formação acadêmica, atuei como Bolsista Assistencial no Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), onde observei as atividades que os trabalhadores de limpeza desenvolvem. Elas exigem esforços físicos e convivência indireta com a doença.

Na trajetória profissional, atuei como Enfermeira Supervisora de um Hospital Privado na região da Campanha do Estado, onde possuía a atribuição do gerenciamento dos trabalhadores do SHL. Dentre as atribuições, incluem-se a elaboração das escalas de trabalho, supervisão das atividades e realização de educação continuada. Somado a isso, destaca-se a participação no Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, na Linha de Pesquisa “Saúde do Trabalhador”, o qual oportunizou discussões e produções a cerca da temática. Essas vivências despertaram o interesse de avaliação das implicações do trabalho, na saúde osteomuscular e na QV dos trabalhadores do SHL.

Ao considerarmos os diversos trabalhadores atuantes em ambiente hospitalar, como os relacionados aos cuidados à saúde e os que garantem a existência do serviço, por meio do provimento de insumos necessários à produção, torna-se interessante destacar a importância dos trabalhadores do serviço de limpeza (SILVA et al., 2010). Esse destaque se deve por serem responsáveis pela manutenção do ambiente seguro para os trabalhadores e pacientes (MARTARELLO; BENATTI, 2009).

A manutenção ocorre através da remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e microorganismos presentes no ambiente, contribuindo na redução dos índices de infecções

hospitalares e acidentes de trabalho (SILVA et al., 2010). Todavia, eles pertencem a uma categoria, por vezes esquecida no contexto laboral (MARTARELLO; BENATTI, 2009), que sofre os reflexos das mudanças no mundo do trabalho e possui alto risco para desgaste e adoecimento (SILVA et al., 2010).

Os trabalhadores do SHL são, geralmente, contratados por empresas terceirizadas e, como reflexos da terceirização, destacam-se a rotatividade e a contenção salarial (MARTINS; MOLLINARO, 2013). Configuram-se com um perfil de trabalhadores com inserção precoce no mercado de trabalho, baixa qualificação, baixos salários e ausência de benefícios sociais (ANDRADE; MONTEIRO, 1999; CHILLIDA; COCCO, 2004). Em geral, estão expostos a riscos químicos, biológicos, psíquicos e ergonômicos, além de desenvolverem atividades que requerem esforço físico (ANDRADE; MONTEIRO, 1999).

No ambiente laboral, desses trabalhadores, existem diversos momentos em que estão expostos a situações de risco, principalmente para a ocorrência de DME. Dentre essas situações, encontram-se as possíveis sobrecargas de segmentos corporais em determinados movimentos, por exemplo: força excessiva para realizar algumas tarefas, esforço repetitivo e posturas corporais inadequadas, além das condições ergonômicas existentes na organização do trabalho e dos fatores ambientais (BRASIL, 2003).

De acordo com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (2009), a DME é definida como consequência dos fatores supracitados e de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho. Essas lesões englobam uma variedade de distúrbios que causam a dor em ossos, articulações, músculos ou estruturas circunjacentes, podendo ser aguda ou crônica, focal ou difusa.

Nesse sentido, das doenças ocupacionais, a DME destaca-se como um agravo importante de saúde pública, pelo seu elevado índice. Com relação à sua prevalência, os estudos variam de acordo com as definições de casos, tempo e populações estudadas. O que é unânime é que a dor lombar constitui-se como o exemplo mais comum, na população em geral, acometendo de 30 a 40% dos adultos. Após, encontra-se a dor cervical e de ombro, com prevalências de 15 a 20%, seguido por disfunção temporomandibular e dor difusa crônica (10 a 15%) (BRASIL, 2012). Outros exemplos incluem a tendinite, tendinose, neuropatias, mialgias e as fraturas por estresse (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2009).

Como consequências da DME, estudos apontam problemas de saúde relacionados às limitações por aspectos físicos, principalmente devido à dor lombar e em membros inferiores

(SILVA, 2006; RAVAGNANI, 2011). No Brasil e em vários países industrializados, cada vez mais aumentam os custos por afastamento do trabalho e aposentadoria, por acometer trabalhadores de diversas profissões (LEÃO; SILVA, 2004). Além disso, ela é uma das maiores causas de absenteísmo, de procura por atendimento médico e de incapacidade para o trabalho (GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORRÊA FILHO, 2003). Contudo, além dessas consequências, a DME pode causar implicações na QV dos trabalhadores (SZNELWAR et al., 2004). De acordo com Siqueira (2014) a dor é a dimensão silenciosa das pessoas que sofrem de várias doenças, pois a despeito do controle das doenças sistêmicas, a dor é que lhes causa, além de sofrimento, grande perda na qualidade de vida.

Nesse sentido, sabe-se que a QV é buscada, incessantemente, por aqueles indivíduos que realizam diversas mudanças no seu cotidiano para ter uma vida melhor (SCHULTZ, 2008). Por QV, a Organização Mundial de Saúde considera, genericamente, como o que a pessoa percebe sobre sua posição na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores nos quais se encontra inserido e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SEIDL; ZANNON, 2004).

A QV do ser humano pode ser afetada por diversos fatores. Dentre eles, estão as condições de trabalho e a satisfação, o salário, as relações familiares, a disposição, o estado de saúde, o estilo de vida, lazer, prazer, entre outros fatores. No que tange ao trabalho, pode-se destacar que quando produzido com condições adequadas de atuação, pode proporcionar satisfação, e tornar-se agradável, caso contrário pode favorecer o desgaste do trabalhador (MARTINS, 2002). Mais especificamente no SHL, as características do trabalho realizado, como a demanda física exigida nas atividades de higiene e limpeza, podem ser desgastantes (MARTARELLO; BENATTI, 2009), resultando em DME e redução na QV nesses trabalhadores.

A avaliação da QV é realizada, basicamente, pela administração de instrumentos ou questionários, que incluem: World Health Organization Quality of Life-100 (WHOQOL-100), World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref) e o The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). Este último foi escolhido para este estudo, devido a maior aplicabilidade no contexto laboral. Ele é de fácil administração e compreensão (CICONELLI et.al., 1999), fator importante a ser considerado em se tratando das características socioeconômicas da população deste estudo, em especial a baixa escolaridade.

Em fevereiro de 2014, foi realizada uma pesquisa no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), que identificou as

tendências das produções nacionais acerca da QV dos trabalhadores do serviço de limpeza, abrangendo todos os cenários de atuação. Após o refinamento pelos critérios de inclusão, o *corpus* do estudo foi composto por doze (12) produções. Nessa busca, os resultados apontaram que os problemas de saúde relacionados ao trabalho, como a dor lombar e em membros inferiores, possuem relação com a QV (SILVA, 2006; RAVAGNANI, 2011). A QV no trabalho foi avaliada como razoável ou satisfatória (BELO, 2009; RAVAGNANI, 2011) ou insatisfatória (PEREIRA, 2008).

Das produções incluídas, apenas uma dissertação analisou a QV e sintomas osteomusculares em trabalhadores do serviço de limpeza de um hospital municipal (MARTARELLO, 2005). Nessa dissertação foi observado a existência de sintomas osteomusculares nos trabalhadores do SHL, principalmente em ombros, região torácica, cervical, lombar e punhos e mãos. Obteve-se também diferença estatística significativa nos domínios do SF-35: “Capacidade Funcional”, “Dor”, “Estado Geral de Saúde”, “Vitalidade” e “Saúde Mental”. Logo, o autor concluiu que os trabalhadores que apresentaram sintomas osteomusculares, terão provavelmente sua QV diminuída (MARTARELLO, 2005).

Somado a isso, foi identificado uma lacuna na produção do conhecimento, pois não há estudo epidemiológico sobre DME e QV em trabalhadores do SHL no Rio Grande do Sul. Essa escassez motivou a proposição deste estudo no âmbito de um hospital universitário público, visto que quanto maior a complexidade do hospital, maiores são os riscos ocupacionais que os trabalhadores são expostos (GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORRÊA FILHO, 2003).

A importância da abordagem dessa população pela enfermagem se dá pelo fato de que, geralmente, o gerenciamento do SHL compete ao enfermeiro. De igual forma, o enfermeiro compõe a equipe dos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalhador, devendo atuar na prevenção dos agravos à saúde dos trabalhadores em geral, ampliando o seu papel de promotor da saúde e direcionando a sua atenção ao trabalhador e às condições de saúde advindas do processo de trabalho (CHILLIDA; COCCO, 2004).

Com isso, também será possível fornecer subsídios para o planejamento de melhorias nos processos de produção dos trabalhadores do SHL, com vistas à diminuição da ocorrência de DME, que poderão ter reflexos significativos na QV dessa população e no desenvolvimento da atividade laboral. Sob essa perspectiva, este estudo tem como **questões de pesquisa**: Qual a prevalência de DME nos trabalhadores do SHL de um Hospital

Universitário Público do Rio Grande do Sul? Qual é a avaliação que esses profissionais fazem sobre a sua QV? E, qual a relação entre DME e QV em trabalhadores do SHL?

Assim, tendo em vista estas considerações iniciais, apresentam-se os objetivos do estudo:

### **1.1 Objetivo Geral**

Avaliar a relação entre dor musculoesquelética e qualidade de vida em trabalhadores do SHL de um Hospital Universitário Público do Rio Grande do Sul/Brasil.

### **1.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar a população do estudo, segundo variáveis sociodemográficas, laborais, hábitos e de saúde;
- Verificar a prevalência de dor musculoesquelética nos últimos sete dias anteriores à entrevista;
- Analisar a relação entre os fatores sociodemográficos, laborais, hábitos e de saúde com os relatos de dor musculoesquelética;
- Identificar o valor atribuído pelos trabalhadores do SHL aos diferentes domínios do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida (SF-36);
- Analisar a relação entre os fatores sociodemográficos, laborais, de saúde, a qualidade de vida (domínios do SF36) e dor musculoesquelética;
- Analisar a relação entre dor musculoesquelética e qualidade de vida (domínios do SF36).

### **1.3 Hipóteses do estudo**

Trabalhadores do SHL que relataram a ocorrência de dor musculoesquelética nos últimos sete dias à entrevista apresentam menores médias na avaliação da qualidade de vida (domínios do SF-36).

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, tornou-se necessário aprimorar e adquirir novos conhecimentos, por meio de uma fundamentação teórica que forneça subsídios para implementação desta proposta. A fundamentação teórica que embasou este estudo contempla o contexto histórico da saúde do trabalhador e a terceirização de serviços, os trabalhadores do SHL, dor musculoesquelética e qualidade de vida.

### **2.1 Breve histórico da Saúde do Trabalhador e a Terceirização de serviços.**

A preocupação com a saúde do trabalhador surgiu, inicialmente, na Inglaterra, no século XIX, com a Revolução Industrial, sendo denominada como medicina do trabalho. Naquela época, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo. A história da Saúde do trabalhador reflete o interesse do Estado Capitalista em obter retorno do investimento feito para prevenir doenças relacionadas ao trabalho. Com isso, foram implantadas a Medicina Ocupacional e os Departamentos Médicos nas empresas, visando a diminuição de prejuízos decorrentes de afastamentos e absenteísmo dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

Para o mesmo autor, no cenário internacional, a preocupação pela existência de serviços médicos aos trabalhadores começa a refletir na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919. Após, em 1953, através da Recomendação 97 sobre a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", inicia o incentivo à formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo sobre a organização de serviços de medicina do trabalho. Dois anos mais tarde, o Conselho de Administração da OIT, ao inscrever o tema na Conferência Internacional do Trabalho de 1958, substituiu a denominação "Serviços Médicos do Trabalho" por "Serviços de Medicina do Trabalho".

A "Saúde Ocupacional" surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com a organização de equipes multiprofissionais e com ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países

industrializados. Na segunda metade da década de 60, um movimento social renovado e redirecionado, surge nos países industrializados do mundo ocidental, notadamente Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália. Esse movimento espalha-se globalmente, sendo marcado pelo questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo e a denúncia do obsoletismo de valores (MENDES; DIAS, 1991).

A década de 70 testemunha profundas mudanças nos processos de trabalho, com a forte tendência da "terceirização" da economia dos países desenvolvidos. Como consequências, obteve-se o declínio do setor secundário (indústria), e o crescimento do setor terciário (serviços), com mudança visível do perfil da força de trabalho empregada. Na década seguinte, segundo Mendes; Dias (1991), ocorre a transferência de indústrias para o Terceiro Mundo, constituindo a transnacionalização da economia, principalmente daquelas que provocam poluição ambiental ou risco para a saúde (ex.: asbesto, chumbo, agrotóxicos, e outros), e das que requerem muita mão-de-obra, com baixa tecnologia. Assim, devido a organização do trabalho ser considerada importante na relação de trabalho com saúde, exigem-se novas estratégias para mudanças nas condições de trabalho.

No cenário das mudanças políticas e sociais ocorridas nas décadas de 1980 e 1990 e no contexto da Reforma Sanitária, a atenção à saúde dos trabalhadores passou por significativas reformulações. Entre essas, destaca-se a tentativa de superação do paradigma da medicina do trabalho e a inserção da saúde do trabalhador como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), realizada na década de 90, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS, nº 8080, artigo 6º), que discorre sobre a responsabilidade da direção nacional do SUS em coordenar a política de saúde do trabalhador.

Nesse sentido, a execução de ações que dizem respeito à saúde do trabalhador é orientada pela LOS no parágrafo 3º do artigo 6º, que a define como conjunto de atividades que objetiva, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e a proteção da saúde do trabalhador, bem como a recuperação e a reabilitação dos trabalhadores expostos aos riscos e provenientes das condições laborais (BRASIL, 1990).

A partir da institucionalização das ações de saúde do trabalhador no SUS, a área optou por organizar sua prática centrada no modelo dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Desloca-se, assim, o objetivo da saúde ocupacional, passando a ser a "promoção de saúde", cuja estratégia principal é a de modificar o comportamento o estilo de vida das pessoas, através da educação (MENDES; DIAS, 1991). Para isso, verifica-se um progresso positivo na preocupação com o bem-estar do empregado, na admissão de equipes

multiprofissionais na assistência e prevenção de lesões relacionadas ao trabalho nas gestões atuais (LEON; ALMEIDA, 2011).

Em 30 de outubro de 1998 foi aprovada a portaria 3908/GM, que foi admitida como a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador-NOST/SUS. Ela apresenta as responsabilidades necessárias para as ações de saúde do trabalhador urbano e rural, que devem ser desenvolvidas pelas secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 1998).

Na década seguinte, especialmente em 23 de agosto de 2012, foi instituída a Portaria GM/MS nº 1.823, a qual declarou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST), consolidando o trabalho em desenvolvimento desde a inserção desse campo como competência do SUS na Constituição Federal de 1988. Como objetivos dessa Política, têm-se a promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos processos produtivos, mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2012).

Nessa política são considerados trabalhadores, as pessoas que exerçam atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Incluem-se todos os indivíduos que trabalham como empregados assalariados, domésticos, rurais; autônomos, temporários, servidores públicos, trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores os que exercem atividades não remuneradas, como o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2012).

No mundo contemporâneo, estamos vivenciando mudanças motivadas pelos novos métodos de organização econômica, somadas ao desenvolvimento tecnológico, ocasionando impactos significativos na organização da produção e, portanto, causando problemas no setor do trabalho (MARTINS; MOLLINARO, 2013).

Frente a essa reestruturação produtiva, passa a ser utilizado, com vigor, a terceirização de contratação da mão de obra, como mecanismo de flexibilização no setor público. Este instrumento legal de regulação dos contratos temporários foi criado em 1977, através do Decreto 2271 e utilizado de forma residual na administração pública (MARTINS; MOLLINARO, 2013), modificando as relações de trabalho existentes atualmente (CHILIDA; COCCO, 2004).

Nesse sentido, a atividade de limpeza faz parte dos serviços não exclusivos do Estado, ou seja, aqueles que ele provê, mas que podem ser oferecidos pelo setor privado e pelo setor público não estatal (SANTOS et al., 2009). Os sujeitos desta pesquisa, trabalhadores do SHL, são contratados por uma empresa terceirizada privada, que presta serviços ao Hospital do estudo.

A terceirização é definida como “o ato de transferir a responsabilidade de um serviço, ou de determinada fase da produção ou comercialização, de uma empresa para outra” (REPULLO, 1997, p. 81). Porém, ao terceirizar essa atividade, o Estado também terceiriza a gestão da força de trabalho e privatiza as relações de trabalho e com isso há uma perda da autonomia e do controle que o trabalhador exerce sobre sua própria atividade, fazendo com que apareçam situações que levam ao seu adoecimento (SANTOS et al., 2009).

As consequências da terceirização também incluem a recessão, a não realização de concurso público pelo governo federal, a rotatividade exacerbada da força de trabalho e a contenção salarial dos trabalhadores (MARTINS; MOLLINARO, 2013). Com a racionalização das ações e conseqüente exploração de relações precárias de trabalho, as instituições reduzem os custos e aumentam a produtividade (CHILLIDA; COCCO, 2004), com grande prejuízo tanto para os trabalhadores, como para os serviços prestados (MARTINS; MOLLINARO, 2013).

Nesse contexto e de acordo com Chillida e Cocco (2004), os trabalhadores terceirizados possuem, em geral, uma precoce inserção no mercado de trabalho, baixa qualificação, baixos salários, ausência de benefícios sociais, escassez de equipamentos de proteção individual (EPI). O Hospital, cenário desta pesquisa, possui trabalhadores do SHL pertencentes ao quadro de servidores da Universidade e também terceirizados. Os ganhos salariais são diferenciados, sendo que os últimos percebem salários menores do que os concursados que atuam no mesmo local. Isso evidencia a realidade desfavorável dos serviços terceirizados.

Portanto, com o decorrer dos anos, torna-se possível considerar a saúde do trabalhador sob o enfoque transdisciplinar, rompendo os limites das disciplinas e reconstruindo-se cotidianamente com suas múltiplas referências teóricas. Isto porque não se define por limites disciplinares, mas, por metas e eixos de ação, dentre os quais encontra-se a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos, na eliminação dos riscos e na superação das condições precárias de trabalho (OSÓRIO, 2008, p.111).

Porém, o trabalho quando produzido com condições precárias de atuação pode proporcionar o desgaste do trabalhador (MARTINS, 2002). Por isso, a importância de se

analisar a dinâmica de cada processo de trabalho, a fim de promover a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores nele inseridos.

## **2.2 Processo de trabalho da equipe do Serviço Hospitalar de Limpeza**

Destaca-se que o ambiente é um importante reservatório de microrganismos nos hospitais, especialmente os multirresistentes. Além disso, quando existe sujidade ou matéria orgânica humana nesses ambientes, aumenta-se o risco da proliferação de microrganismos e o surgimento de insetos, roedores e outros, que podem veicular os microrganismos (ANVISA, 2010).

Os objetivos principais do SHL incluem o preparo desse ambiente para as atividades dos profissionais, a manutenção e conservação de equipamentos e instalações (ANVISA, 2010). Para isso, os trabalhadores do SHL realizam atividades de limpeza e higienização de materiais e ambientes, transporte e recolhimento de resíduos e realização de serviços de apoio (SILVA et al., 2010).

Porém, a má execução das atividades realizadas pelo SHL, podem ter como consequência a disseminação de microrganismos nos ambientes e favorecer o aparecimento de infecções, colocando em risco a segurança dos pacientes e dos profissionais (ANVISA, 2010). Assim, os trabalhadores do SHL apresentam papel relevante na prevenção e no controle para romper a cadeia epidemiológica de infecções relacionadas à assistência à saúde (ANVISA, 2010), através da manutenção de um ambiente agradável e seguro para os pacientes, profissionais e demais clientes (CHILLIDA; COCCO, 2004).

Todavia, esses trabalhadores encontram-se expostos a situações adversas de trabalho, não somente pelos aspectos físicos exigidos na profissão, como também nos aspectos psicossociais, os quais são susceptíveis às implicações sociais e laborais (SILVA et al., 2010). Diante de tal situação, o trabalhador, muitas vezes, pode sofrer interferência em sua saúde física e mental, além de sua capacidade para o trabalho.

Como interferência na saúde física dos trabalhadores do SHL, destaca-se a exposição a DME, devido as características do processo de trabalho que constituem-se como fatores de risco para as doenças ocupacionais. Dentre essas características, têm-se a exigência de esforço muscular, como a flexão e rotação do tronco, ao realizarem levantamento e transporte de peso, os esforços repetitivos e repentinos, as posturas de trabalho e condições ergonômicas

inadequadas, podendo destacar a movimentação e a elevação de materiais com até mesmo o dobro de seu peso e o ortostatismo prolongado (ANDRADE; MONTEIRO, 2007).

Em um estudo de revisão da literatura acerca da QV dos trabalhadores do serviço de limpeza, realizado no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, no mês de fevereiro de 2014, evidencia-se que é tendência, com base nas produções de pós graduação brasileira, que os trabalhadores de limpeza apresentam problemas de saúde relacionados ao trabalho, com maior pontuação para as limitações por aspectos físicos, principalmente dor lombar e em membros inferiores, seguido dos aspectos emocionais (depressão e ansiedade) (SILVA; 2006, RAVAGNANI; 2011). Esses fatores podem causar a insatisfação em relação a QV no trabalho dos mesmos (PEREIRA; 2008, MIHALIUC; 2001) ou uma qualidade de vida no trabalho razoável ou satisfatória (BELO; 2009, RAVAGNANI; 2011).

A seguir, apresentam-se as produções elencadas na revisão de literatura, acerca da qualidade de vida em trabalhadores do serviço de limpeza, realizada no Banco de Teses e Dissertações da CAPES (Tabela 1).

Tabela 1 – Síntese das produções selecionadas para a revisão narrativa da literatura, realizada no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, 2014.

<b>Tese/Dissertação</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Autor</b>
Dissertação 1 (D1)	Qualidade de vida no trabalho dos garis da área central de belo horizonte.	2009	Eliana Fátima Belo
Dissertação 2 (D2)	Significado do Trabalho Para Agentes de Limpeza e Coletores de Aracaju/SE.	2012	Fernanda de Oliveira Nunes
Dissertação 3 (D3)	Avaliação da prevalência de desconforto físico, e percepção da qualidade de vida nos funcionários de uma instituição de ensino superior.	2011	Índira Melo Ravagnani
Dissertação 4 (D4)	Análise de variáveis da qualidade de vida em campus universitários: um estudo de caso.	2012	Joelma Medeiros de Mello
Dissertação 5 (D5)	Qualidade de vida dos catadores de materiais recicláveis da ACMR: um estudo etnográfico.	2008	Júlia Cristiane Schultz Pereira
Dissertação 6 (D6)	Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de Sete Lagoas.	2002	Indisponível no Portal CAPES
Dissertação 7 (D7)	O contexto da qualidade de vida no trabalho terceirizado.	2011	Natália Adams
Dissertação 8 (D8)	Aspectos da qualidade de vida e sintomas osteomusculares em	2005	Norton de Assumpção

	trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital municipal.		Martarello	
Dissertação 9 (D9)	Qualidade de Vida no Trabalho: Avaliação do Nível de Satisfação dos Coletores de Lixo na Área Metropolitana de Fortaleza.	2001	Tacila Mihaliuc	Maria
Dissertação 10 (D10)	Coletores de lixo: a ambiguidade do trabalho na rua.	1996	Tereza Ferreira dos Santos	Luiza
Dissertação 11 (D11)	Qualidade de Vida no Trabalho em uma Lavanderia de Indústria de Abate e Processamento de Carne, pela Avaliação das Condições de Riscos Ambientais e Sócio-culturais.	2006	Vania Eugenia da Silva	
Tese 1 (T1)	Trabalho e saúde dos catadores de materiais recicláveis em uma cidade do sul do Brasil.	2006	Marcelo da Silva	Cozzensa

Fonte: Dados da pesquisa.

Nessa revisão de literatura foi observado que 50% dos sujeitos estudados foram os trabalhadores do serviço de limpeza e higienização, que trabalhavam em empresas particulares e ruas. A área de conhecimento de predomínio em que os estudos foram produzidos foi a Administração (41,7%). Ressalta-se que a área de conhecimento da Enfermagem produziu um estudo sobre a temática (8,3%), o que reforça a necessidade da abordagem desses sujeitos em novos estudos, visto que também atuam nas instituições de saúde.

Como potencialidade dos estudos revisados, foi reforçado a necessidade de abordar a QV em trabalhadores de limpeza do âmbito hospitalar, visto a lacuna no conhecimento e a importância, dos quais dependem a saúde e o bem-estar dos pacientes e demais trabalhadores. Após essa busca, foi traçado os objetivos da presente pesquisa.

Além das implicações físicas que os trabalhadores do SHL estão expostos, há os desgastes psíquicos. Embora os mesmos não realizem o cuidado direto aos pacientes, como os profissionais de saúde, eles também convivem com o sofrimento, a doença e a morte, sendo situações capazes de interferir na QV dos mesmos (SZNELWAR et al., 2004).

No aspecto psicossocial, eles enfrentam as más condições de trabalho, a falta de reconhecimento da população e dos empregadores e salários baixos. Esses aspectos das condições refletem na auto-estima que costuma ser baixa nessa categoria, assim como nas morbidades que afetam os trabalhadores de limpeza (PATARO; FERNANDES, 2014).

Diante do exposto na revisão de literatura, justifica-se a necessidade de mais estudos com os trabalhadores do SHL, pois eles necessitam de medidas de promoção à saúde, visto a

possibilidade de perda da capacidade para o trabalho. Somado a isso, há os afastamentos tanto por problemas físicos quanto decorrentes de sofrimento psíquico (ANDRADE; MONTEIRO, 2007).

### **2.3 Dor musculoesquelética**

Na atualidade, algumas questões relativas ao trabalho permanecem preocupantes, tais como: doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, sofrimentos psíquicos e físicos (SZNELWAR et al., 2004). Dentre esses, esta pesquisa volta-se para a ocorrência de DME, considerando a relação entre a DME e demanda física no trabalho.

Na atualidade, a DME é considerada um problema de saúde pública mundial. Entre os acometimentos do sistema locomotor, a dor é o sintoma mais freqüente e um dos principais motivos de procura por assistência médica (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2009).

Com relação a palavra “dor”, sabe-se que a mesma origina-se do latim “*dolore*”. Os dicionários costumam defini-la como impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão, ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele (PESSINI, 2002).

No Brasil, a dor é considerada a razão pela qual 75% a 80% da população procura o sistema de saúde, com destaque para a dor crônica, que acomete 30% a 40% da população. Também constitui-se como a principal causa de faltas ao trabalho, baixa produtividade, licenças médicas, aposentadorias por doenças, incapacidades e indenizações trabalhistas (BRASIL, 2012).

A DME caracteriza-se como consequência de distúrbios que causam a dor em ossos, articulações, músculos ou estruturas circunjacentes (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2009). Também pode ocorrer em condições agudas e crônicas, ser localizada ou difusa, decorrer de comprometimento de estruturas articulares, tendíneas, ósseas, dos músculos e suas fâscias (GARCIA; CALICH, 2002).

Os principais sintomas clínicos incluem: dor localizada ou disseminada, irritação neural periférica, fraqueza, rigidez muscular e movimentos limitados (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2009). Entre as principais causas de DME, destacam-se: dor na coluna, dor miofascial, fibromialgia, osteoartrose, periartrites, entre

outras (GARCIA; CALICH, 2002). A dor lombar baixa é o exemplo mais comum da dor musculoesquelética crônica e a mais comumente relacionada ao trabalho na sociedade. Outros exemplos incluem a tendinite e tendinose, neuropatias, mialgias e as fraturas por estresse (WHALSH et al., 2004).

É consenso na literatura que a manutenção de uma má postura leva ao desequilíbrio postural. Assim, incluem-se como fatores de risco para DME: o esforço repetitivo, o uso excessivo do aparelho locomotor e de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2009), características presentes no processo de trabalho dos trabalhadores do SHL.

Em estudo realizado com os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem de um Hospital Universitário, 93% dos pesquisados referiram algum tipo de sintoma osteomuscular nos últimos 12 meses e 62% nos últimos sete dias (GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORRÊA FILHO, 2003). Ao compararmos com os trabalhadores de limpeza, em pesquisa realizada por Martarello, Benatti (2009), evidenciou-se que os trabalhadores possuem maiores percentuais de DME na região dos ombros (50%) e região da coluna vertebral (43%). Todavia, os trabalhadores de Enfermagem os ultrapassam na região dorsal e lombar (MARTARELLO; BENATTI, 2009).

Nesse sentido, a DME acomete os adultos, em algum momento da vida, na medida que já sofreram ou sofrerão um ou mais episódios de dor associada com lesão. Assim, as doenças do sistema musculoesquelético configuram-se como as causas mais frequentes de dor, podendo incapacitar e limitar as atividades diárias dos trabalhadores (CROMBIE et al., 1999). Além da alta prevalência, mostra-se importante por estar presente nas doenças que trazem maior impacto na QV e na laboriosidade dos indivíduos acometidos (GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORRÊA FILHO, 2003).

#### **2.4 Qualidade de vida: aspectos conceituais e instrumento de avaliação (SF-36)**

Conceituar QV torna-se difícil, devido a sua conotação subjetiva, complexa e multidimensional. São inúmeros os estudos brasileiros e mundiais que discutem essa conceituação, devido o termo QV ser confundido com condições e estilo de vida (PIMENTA et al., 2008).

Portanto, a expressão QV foi utilizada, pela primeira vez, em 1964, pelo presidente norte-americano Lyndon Johnson ao afirmar que os objetivos não podem ser medidos pelo balanço dos bancos, mas sim através da qualidade de vida que proporcionam aos indivíduos (FLECK et al., 1999).

Na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia Nacional, em 1994, Rufino Netto considerou como “boa qualidade de vida” aquela que traz consigo o mínimo de condições para que as pessoas possam desenvolver suas potencialidades (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Nesse contexto, a qualidade de vida é considerada como uma percepção humana que tem sido vinculada ao grau de satisfação que os indivíduos possuem na vida familiar, amorosa, social e ambiental (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Para a OMS, QV é considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1994, p. 26). Esta definição compreende dois aspectos a serem considerados a subjetividade e a multidimensionalidade (FLECK et al., 1999). A subjetividade refere-se à percepção do sujeito sobre seu estado de saúde e sobre os aspectos subjetivos de seu contexto de vida. Já a multidimensionalidade diz respeito à composição da qualidade de vida, caracterizada por várias dimensões (FLECK, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004; THE WHOQOL GROUP, 1994).

Em pesquisa realizada no Banco de Teses e Dissertações da CAPES, em fevereiro de 2014, que identificou as tendências acerca da QV dos trabalhadores do serviço de limpeza, abrangendo todos os cenários de atuação, foi identificado alguns fatores definidores de QV no trabalho para os trabalhadores de limpeza. Dentre eles, destacam-se a identidade com a tarefa exercida; o ambiente com boas condições de trabalho; a assistência à saúde (funcionário/família); o trabalho em equipe; a valorização e capacitação dos funcionários (ADAMS; 2011, SILVA; 2006).

Evidencia-se, assim, que QV é mais que simplesmente ausência ou presença de saúde, pois engloba também educação, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, transporte, satisfação e condições de trabalho, além de outros fatores (TALHAFERRO; BARBOZA; DOMINGOS, 2006). Sendo assim, a QV de uma população varia de acordo com cada sociedade e sua cultura. Todavia, não se pode exigir eficácia e produtividade de produtos e serviços, sem valorizar a importância de proporcionar QV aos trabalhadores (LIMA, 2007, p.22).

No que tange à avaliação da QV, ela é realizada pela administração de instrumentos ou questionários, os quais foram construídos baseados na percepção do indivíduo avaliado sobre

sua saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspectos do meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1994, p.32). Para esse fim, a OMS criou o WHOQOL-100, WHOQOL-bref e o SF-36.

Neste estudo, optou-se pelo SF-36, para a mensuração da QV, por ser relacionado ao contexto laboral, de fácil administração e compreensão (CICONELLI et al., 1999), o que facilitaria a compreensão por parte dos pesquisados, tendo em vista o grau de instrução dos mesmos. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a QV em pacientes com artrite reumatóide e mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população (CICONELLI et al., 1999).

O SF-36 é composto por oito domínios (QUADRO 1): capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições da saúde atual e a de um ano antes (CICONELLI et al., 1999).

No Quadro 1 consta a descrição dos domínios abordados pelo SF-36.

<b>Dimensões</b>	<b>Conceitos</b>	<b>Interpretação no baixo escore (pior)</b>	<b>Interpretação no alto escore (melhor)</b>
Capacidade Funcional	Avalia tanto a presença como a extensão das limitações físicas com três níveis de resposta (muita limitação, pouca limitação e sem limitação).	Grande limitação no desempenho de todas as atividades físicas, incluindo tomar banho e vestir-se.	Desempenho de todos os tipos de atividades físicas, incluindo as mais vigorosas, sem limitações na saúde.
Aspectos físicos	Avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades da vida diária em consequência de problemas físicos.	Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como o resultado da saúde física.	Sem problema com o trabalho ou outras atividades diárias.
Dor	Avalia a extensão da dor e a interferência nas atividades da vida diária.	Dor muito severa e extremamente limitante.	Sem dor ou limitações induzidas pela saúde.
Estado geral de saúde	Avalia as percepções referentes ao estado de saúde geral.	Avaliação pessoal da saúde como pobre e crença de que irá piorar.	Avaliação da saúde como excelente.
Vitalidade	Considera o nível de energia e de fadiga.	Sensação de cansaço e esgotamento durante todo o tempo.	Sensação de dinamismo e de energia durante todo o tempo.

Aspectos sociais	Avalia a limitação da participação do indivíduo em atividades sociais, decorrente de problemas com a saúde.	Interferência extrema e frequente nas atividades sociais normais devido a problemas físicos e emocionais.	Desempenho das atividades sociais normais sem interferência induzida por problemas físicos ou emocionais.
Aspectos emocionais	Avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades de vida diária em consequência de problemas emocionais.	Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde emocional.	Sem problemas com o trabalho ou outras atividades diárias.
Saúde mental	Avalia as percepções em relação a quatro principais direções da saúde mental: ansiedade, depressão, alterações do comportamento e bem-estar psicológico.	Sentimento de nervosismo e depressão durante todo o tempo.	Sentimento de tranquilidade e calma durante todo o tempo.

Fonte: Ware e Sherbourne, 1992 apud Silva 2008.

#### Quadro 1 - Descrição dos domínios abordados pelo SF-36.

Os domínios do instrumento SF-36 demonstram se os trabalhadores conseguem desenvolver atividades rotineiras e como se sentem ao desenvolvê-las. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral e 100 a melhor estado de saúde, sendo cada dimensão avaliada separadamente (CICONELLI et.al., 1999).

#### 2.4.1 Utilização do instrumento SF-36 para avaliação da Qualidade de Vida dos Trabalhadores: revisão da literatura<sup>1</sup>

Este item abordará uma revisão narrativa da literatura, que visa avaliar as produções sobre a utilização do SF-36 para avaliação da QV de trabalhadores. Sob essa perspectiva, definiu-se como questão norteadora: Quais as evidências científicas produzidas na aplicação do SF-36 para avaliação da qualidade de vida de trabalhadores? O levantamento dos estudos ocorreu nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

<sup>1</sup> Revisão Narrativa da literatura. Produção elaborada como requisito parcial de avaliação da Disciplina: Prática Baseada em Evidência, do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

(LILACS), National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) e Scopus, entre os meses de maio a julho de 2013.

Foram utilizados, os descritores (DECs) “qualidade de vida” AND “saúde do trabalhador”, associados a palavra-chave “SF-36” e os *Mesh Terms* “quality of life” AND “occupational health” AND “SF 36”. Realizou-se o recorte temporal de 1999 a 2012, devido o instrumento SF-36 ter sido traduzido e validado para a língua portuguesa no ano de 1999 (CICONELLI et al, 1999).

Os critérios de inclusão foram: artigos provenientes de pesquisas originais na temática com utilização do instrumento SF-36 para avaliação da qualidade de vida de trabalhadores; estar nos idiomas português, inglês ou espanhol, com resumo completo e disponíveis online na íntegra gratuitamente. Salienta-se que foram excluídos os artigos que não utilizaram o SF-36 como instrumento de avaliação de qualidade de vida e/ou os sujeitos abordados não foram trabalhadores.

Para a seleção das publicações, em cada base de dados, utilizou-se um quadro de exclusão dos artigos, onde foi registrado se o estudo não contemplava os critérios de inclusão supracitados. Nesse sentido, apresenta-se, na Tabela 2, a distribuição das publicações selecionadas para a presente revisão, bem como os critérios de exclusão utilizados e o total de artigos selecionados, em cada base de dados.

Tabela 2 - Distribuição das publicações selecionadas no período de 1999-2012. LILACS, PubMed e Scopus. Santa Maria/RS, 2013.

<b>Publicações e critérios estabelecidos</b>	<b>LILACS</b>	<b>PubMed</b>	<b>SCOPUS</b>
Total de artigos localizados na busca	6	6	41
<b>Critérios de exclusão:</b>			
Recorte temporal (1999 a 2012)	-	-	1
Recorte de incompletude	-	-	8
Idioma, exceto português, inglês e espanhol	-	-	2
Recorte de repetição	1	1	-
Recorte temático	-	4	14
<b>Total de artigos selecionados</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>16</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após a análise das publicações, restaram 22 estudos que foram utilizados para a presente revisão. Para análise dos dados, utilizou-se um quadro sinóptico com os seguintes dados: referência do artigo, título, autores, país, ano, área do conhecimento que o estudo foi produzido, objetivos, abordagem metodológica, sujeitos, principais resultados e principais conclusões.

Com base na análise dos 22 artigos que compõem o *corpus* do estudo, constatou-se que o Brasil obteve o maior percentual como país de procedência das publicações (45,4%), seguido por Noruega e Grécia, com 9,1% cada. Os demais países (Portugal, Espanha, Austrália do Sul, Finlândia, China, Grécia, Japão e Estados Unidos da América) obtiveram um estudo (4,5%) cada.

Um dos fatores que pode contribuir para o maior percentual de estudos realizados no Brasil é a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos de trabalho, para que os trabalhadores, independente do setor que atuam, tenham sua qualidade de vida garantida. Essa luta repercutiu na inclusão da saúde do trabalhador como campo de atuação do SUS na Lei 8080/90, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

No que tange ao ano de publicação dos artigos, foi realizado o agrupamento a cada 6 anos. Houve o predomínio de artigos produzidos no período de 2007 a 2012, com 59% do total de artigos analisados, e de 2000 a 2006 obteve-se 41%. No que se refere aos trabalhadores estudados, destacam-se os trabalhadores da indústria com o maior percentual (13,6%). A enfermagem, os funcionários hospitalares, os médicos, comerciantes e os bombeiros foram abordados em dois estudos cada (9,1%). Os trabalhadores do serviço de higiene e limpeza, trabalhadores da construção, mineradores, caminhoneiros, costureiras, mineradores e professores foram abordados em um estudo cada (4,5%).

Em relação a metodologia utilizada nos estudos, obteve-se o predomínio (100%) de estudos quantitativos. A utilização do instrumento SF-36 tem sido predominantemente pela Medicina, no âmbito dos trabalhadores com ênfase em trabalhadores industriais. Todavia, há um estudo direcionado para os trabalhadores de limpeza hospitalar (MARTARELLO; BENATTI, 2009), evidenciando uma lacuna na produção do conhecimento junto a essa população.

Dentre os achados, os estudos apontaram que os trabalhadores da enfermagem apresentam maiores pontuações para os domínios “Dor” e “Aspectos físicos” (TALHAFERRO; BARBOZA; DOMINGOS, 2006; FONSECA et al., 2008); os professores do Ensino Fundamental de uma Escola Pública nos domínios “Capacidade funcional”

(65,71%) e limitação por “Aspectos emocionais” (62,63%) (ROCHA; FERNANDES, 2008). Os médicos e engenheiros apresentaram uma melhor avaliação da QV comparados aos enfermeiros (TOUNTAS et.al, 2007). Já os trabalhadores de limpeza apresentaram melhores escores no domínio “Capacidade Funcional” e “Aspectos físicos” (MARTARELLO; BENATTI, 2009).

Os artigos revisados apresentam recomendações de ações para a melhoria da QV, com destaque para o planejamento de ações eficazes na gestão organizacional que favoreçam melhorias na saúde do trabalhador, na produtividade e no desempenho dos trabalhadores, visto a possibilidade de perda da capacidade para o trabalho e os afastamentos por doenças (FONSECA et al., 2008).

Embora a QV vida venha sendo estudada em diversos grupos sociais, ela é pouco conhecida em trabalhadores de limpeza, especialmente no Brasil, sendo por vezes esquecidos e desvalorizados no contexto laboral. Assim sendo, constitui-se como desafiadora a proposta de abordar essa população, visto os poucos estudos existentes e a importância desses trabalhadores no contexto hospitalar.

### **3 MÉTODO**

Para a realização desta pesquisa, foi utilizado o banco de dados do projeto matricial intitulado “Avaliação das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza”, conforme autorização no Anexo 1. O referido projeto, abrange 6 subprojetos, sob a coordenação da Professora Dr<sup>a</sup> Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, e está vinculado ao Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), na Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, sublinha Saúde do Trabalhador.

#### **3.1 Uma breve apresentação do projeto matricial que deu origem a esta dissertação.**

Estudo transversal realizado com 161 trabalhadores do SHL de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, objetivando avaliar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do SHL. Os critérios de inclusão foram: ser trabalhador terceirizados e atuante no Hospital pesquisado. Foram excluídos os trabalhadores que estivessem em licença ou afastamento por qualquer motivo, durante o período de coleta de dados.

Dos 161 trabalhadores do SHL, dois (1,2%) foram excluídos do estudo por estarem em licença para tratamento de saúde, durante todo o período de coleta de dados. A população elegível foi composta por 159 trabalhadores (92,4%). Destes, 157 responderam ao questionário (98,7%). As perdas (N=2; 1,3%) resultaram da não adesão ao estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março a junho de 2013, após a obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM (ANEXO 2). Os nove entrevistadores (acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem da UFSM, Mestrandos em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM e Enfermeiros do Hospital Universitário foco do estudo) foram capacitados no mês de fevereiro de 2013, constituindo-se da leitura do questionário (orientações e simulações de aplicação do questionário) e acompanhamento da aplicação do instrumento nas primeiras coletas.

A coleta dos dados foi realizada durante o horário de trabalho dos pesquisados (manhã, tarde e noite) em local privativo. O instrumento de pesquisa (ANEXO 3) foi composto por 12 blocos distintos:

- BLOCOS A, B, C e D - questões relacionadas às Variáveis Sociodemográficas, Laborais e de Saúde dos trabalhadores.
- BLOCO E - questões relacionadas ao Questionário Internacional de Atividade Física - versão curta – IPAQ (MATSUDO e col., 2001).
- BLOCO F - questões relacionadas ao Questionário de Percepção de Hábitos Saudáveis – QPHAS (GUEDES e GRONDIN, 2002).
- BLOCO G - questões relacionadas ao Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT (TUOMI et al., 2005).
- BLOCO H - questões referentes à Escala Desequilíbrio Esforço-Recompensa (CHOR et al., 2008).
- BLOCO I - questões sobre Acidentes de Trabalho.
- BLOCO J – questões referentes ao Self-Report Questionnaire - SRQ 20 (MARI e WILLIAMS, 1986).
- BLOCO K - questão referente à Dor Musculoesquelética (escala numérica de 0 a 10) (JENSEN, KAROLY e BRAVER, 1986).
- BLOCO L - questões referentes à versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36 (CICONELLI, 1999).

Para controle de qualidade da coleta, foi entregue um instrumento para o pesquisado e outro de igual teor ficou com o assistente de pesquisa, que leu as perguntas e assinalou as respostas emitidas pelo pesquisado. Os dados coletados foram organizados no programa Epi-Info, versão 6.4, com dupla digitação independente e correção de erros e inconsistências. O projeto foi autorizado pela instituição terceirizada e hospital pesquisado (ANEXO 4 e 5); registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa/UFSM, sob **CAAE n. 3106313.1.0000.5346**, em 26 de fevereiro de 2013 (ANEXO 2).

Foram observadas as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos (**Resolução Nº 466, de 12/12/2012**). Aqueles que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (BRASIL, 2012). O TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma de posse do sujeito da pesquisa e a outra de posse dos pesquisadores (ANEXO 6). Os questionários preenchidos foram armazenados pela

pesquisadora responsável, assim permanecendo por um período de cinco anos e após, serão incinerados. Os pesquisadores tiveram o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando o anonimato dos sujeitos pesquisados (APÊNDICE A). O banco de dados encontra-se arquivado na sala 1339, do Departamento de Enfermagem, prédio 26 do CCS/UFSM, sob a responsabilidade da professora Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. A seguir, encontra-se descrito o percurso metodológico para o alcance dos objetivos delineados para esta dissertação.

### **3.2 Delineamento da pesquisa**

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal. Os estudos transversais ou de prevalência são apropriados para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, não existindo período de seguimento dos indivíduos. Desse modo, são utilizados para o planejamento de ações de saúde, para diagnósticos e avaliação de serviços (MEDRONHO et al., 2009).

### **3.3 Cenário da pesquisa**

Esta pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário Público do Rio Grande do Sul. A escolha se deve ao fato do hospital ser considerado como referência em saúde, por ser um hospital escola com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde.

O hospital em questão atende 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe de 320 leitos em uma área física de 30 mil m<sup>2</sup>. A equipe que assiste este público é composta por funcionários em nível de apoio médio e superior; funcionários de serviços terceirizados, além de alunos, estagiários, residentes, mestrandos, doutorandos e docentes das diversas áreas.

O Hospital em questão atende à média e alta complexidade, onde são prestados diversos serviços especializados e de ponta no mercado, fatores que tornam a demanda superior a capacidade física e de pessoal. Desse modo, quanto maior a complexidade do

hospital, maiores são os riscos ocupacionais que os trabalhadores são expostos (GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORRÊA FILHO, 2003).

### **3.4 População**

A população do estudo foi composta pelos 157 trabalhadores do SHL que participaram da coleta de dados em 2013, referente ao Projeto Matricial “Avaliação das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza”. Estes são funcionários de uma empresa terceirizada, atuantes no hospital pesquisado nos turnos manhã, tarde e noite.

### **3.5 Coleta dos dados e Instrumento de pesquisa**

Após a autorização para a utilização do Banco de Dados (ANEXO 1) e a qualificação do projeto de dissertação de mestrado, foi iniciada a coleta das informações referentes ao tema proposto, no banco de dados do Projeto Matricial, no mês de março de 2014. Foi realizada pela pesquisadora mestranda e por uma Bolsista de Iniciação Científica, capacitados previamente.

Para esta pesquisa, foram utilizados os blocos A, B, C e D do instrumento de pesquisa, referentes aos dados sociodemográficos, laborais e de saúde do trabalhador; o bloco K referente à questão sobre DME (JENSEN, KAROLY e BRAVER, 1986) e o bloco L referente às 36 questões da versão Brasileira do Questionário SF-36, utilizado para avaliação da QV (CICONELLI, 1999).

### **3.6 Organização e análise dos dados**

Os dados já estavam inseridos o programa Epi-info®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada

no programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0 for Windows.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das características sociodemográficas, laborais, de saúde, DME (variáveis independentes) e QV (variável dependente).

Tabela 3 – Classificação das variáveis estudadas, segundo o tipo e a escala de mensuração.

<b>VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
<b>Nome da variável</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de mensuração</b>
Idade	Quantitativa Contínua	Razão
Sexo	Qualitativa	Nominal
Escolaridade	Qualitativa	Ordinal
Cor / raça autorreferida	Qualitativa	Nominal
Situação Conjugal	Qualitativa	Nominal
Renda pessoal	Quantitativa Discreta	Razão
Número de filhos < 6 anos	Quantitativa Discreta	Razão
<b>VARIÁVEIS LABORAIS</b>		
Turno de trabalho	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Tempo trabalho turno indicado	Quantitativa / Qualitativa	Razão / Nominal (dicotômica)
Carga horária semanal	Quantitativa	Razão
Tempo trabalho na instituição	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Função exercida	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Tempo trabalho na função	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Tempo para lazer	Qualitativa	Nominal (ordinal)
Outro emprego	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Horas extras	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Realização treinamentos	Qualitativa	Nominal (ordinal)
Satisfação com remuneração	Quantitativa Discreta	Razão
<b>VARIÁVEIS DE SAÚDE</b>		
Tabagismo	Qualitativa	Nominal
Tempo parou de fumar	Quantitativa	Razão
Consumo de bebida alcoólica	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
IMC	Quantitativa	Razão
Uso de medicação	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Necessidade atendimento médico	Qualitativa	Nominal (dicotômica)
Necessidade acompanhamento psicológico	Qualitativa	Nominal (dicotômica)

Fonte: Dados da pesquisa.

Para as variáveis qualitativas foram calculadas as frequências absolutas (N) e as relativas (%), em relação a todos com a mesma característica e em relação aqueles situados na faixa ou variável. Já para as variáveis quantitativas, foram utilizados média e desvio padrão

quando apresentaram distribuição normal e mediana, intervalo interquartil, mínimo e máximo quando não apresentaram distribuição normal.

Posterior a isso, realizou-se a análise bivariada, testando a associação entre a DME e variáveis sociodemográficas, laborais, de saúde (variáveis independentes) e QV (variável dependente), mediante o Teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher (para tabelas com frequências esperadas inferior a 5), adotando-se níveis de significância de 5%.

Para a comparação de médias, utilizou-se o Teste de Mann – Whitney. Para a avaliação da correlação entre DME e a QV, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman, devido a assimetria dos dados. Essa medida varia de -1 a +1, sendo os dois extremos indicativos de uma correlação perfeita. Maior que 0,50 foi considerada uma Correlação forte, entre 0,30 a 0,49 correlação moderada e entre 0,10 a 0,29 correlação fraca. Esses parâmetros também foram usados para as correlações inversas (BISQUERRA, SARRIELA e MARTINEZ, 2004).

A confiabilidade do instrumento SF-36 foi testada por meio da análise da consistência interna dos domínios, utilizando-se o Coeficiente Alfa de Cronbach. Valores > 0,70 foram considerados indicativos de consistência interna. A normalidade dos dados foi avaliada pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov (FIELD, 2009).

Também foi realizada a análise por meio de Modelos Lineares Generalizados (MLG) de algumas variáveis de interesse com os Domínios da QV; Regressão de Poisson para a verificação de associações ajustadas por possíveis fatores de confundimento (variáveis com  $p < 0,25$ ) entre dor e as variáveis analisadas. Para isso, adotou-se o teste Qui-quadrado, Razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%).

A seguir, encontra-se detalhado como as variáveis foram organizadas para as análises.

### 3.6.1 – Análises das variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde (BLOCOS A, B, C e D)

#### 3.6.1.1 Bloco A - Variáveis sociodemográficas

- Sexo: Foi dicotomizado em feminino e masculino;
- Faixa etária: Inicialmente foi avaliada em anos completos (média, desvio padrão, mediana). Posteriormente, foi categorizada em faixas etárias, tais como: 19 a 34 anos; 35 a 44 anos; 45 a 60 anos;

- Escolaridade: Foi estratificada em: ensino fundamental, ensino médio e ensino superior (graduação e pós graduação);
- Cor/raça: Foi identificada de acordo com o Censo Brasileiro (IBGE), o qual utiliza os termos: branca, preta/negra, parda, amarela, indígena. Após, categorizada em branca e outros;
- Situação conjugal: Foram agrupados em: casados/com companheiro, solteiro/sem companheiro ou viúvo/separado/divorciado;
- Número de filhos menores que 6 anos: Inicialmente foi analisada como variável discreta e após categorizada em grupos (nenhum, um ou dois);
- Renda: Analisada através da média e categorizada conforme revisão de literatura (renda pessoal).

#### 3.6.1.2 Blocos B e C - Variáveis laborais

- Função exercida: Avaliada como Servente de limpeza ou Auxiliar de limpeza de materiais.
- Turno de trabalho: Dicotomizado em diurno (manhã e tarde) e noturno;
- Tempo de trabalho na Instituição: Analisado através de números de meses (23 meses e maior ou igual a 24 meses) e após, em anos (< 2 anos e >=2 anos).
- Tempo de trabalho na função exercida: Analisado através de números de meses (23 meses e maior ou igual a 24 meses) e após, em anos (< 2 anos e >=2 anos).
- Tempo de trabalho no turno: Analisado através do número de meses.
- Tempo para o lazer: Avaliado em três categorias: não, sim e às vezes.
- Outro emprego: Avaliado como sim ou não.
- Horas extras: Analisado em sim ou não e, posteriormente, em número de horas;
- Realização de treinamentos: Categorizada em três grupos: não, sim e às vezes.
- Satisfação com a remuneração: Avaliado em percentuais (0 a 100%).
- Carga horária semanal no outro emprego: Avaliada em número horas.
- Tempo total de trabalho no outro emprego: Analisado em anos completos.
- Número de horas extras: Avaliado o número de horas por mês.

#### 3.6.1.3 Bloco D - Variáveis hábitos e saúde

- Tabagismo: Categorizado em: nunca fumei; fumei, mas parei e sim, fumo.

- Índice de massa corpórea: Classificado como abaixo do peso (IMC<18,5), normal (IMC entre 18,5 e 24,9), sobrepeso (IMC entre 25 e 29), obesidade (IMC  $\geq$ 30). Após, foi dicotomizado em normal e sobrepeso/obeso (IMC>25).
- Consumo de bebida alcóolica: Dicotomizado em sim ou não. A suspeição para alcoolismo foi avaliada pelo CAGE. Essas questões objetivam identificar suspeitos de alcoolismo, através da triagem para detecção de abuso no consumo de bebidas alcólicas, adotando-se o ponto de corte em duas ou mais respostas positivas para as quatro questões do teste (MASUR; MONTEIRO, 1983).
- Uso de medicação: Dicotomizado em sim ou não e após descrito as classes medicamentosas;
- Horas de sono em 24 horas: Avaliado em média de horas por dia.
- Necessidade de atendimento médico e psicológico, no último ano: Avaliada em não ou sim.
- Doenças diagnosticadas pelo médico: Avaliado em número de doenças (média e desvio padrão) e após, descrito as prevalentes.

### 3.6.2. Análise da questão referente à Dor Musculoesquelética (BLOCO K)

A DME percebida na última semana à entrevista foi avaliada por meio da escala analógica adaptada de Jensen, Karoly e Braver (1986). Primeiramente, foram definidos como portadores de DME aqueles trabalhadores que responderam afirmativamente a pergunta “Nos últimos sete dias, você teve dor ou desconforto em alguma destas regiões: pescoço, ombros, membros superiores, costas, quadril e membros inferiores?” A resposta foi avaliada em uma escala numérica de zero a dez, onde zero corresponde a ausência de dor e 10 a dor mais intensa que já sentiu.

Após, a dor foi categorizada em: ausente (0), dor fraca (1-3), dor moderada (4-6), dor forte (7-9) e insuportável (10). Por fim, dicotomizada em: ausente e presente.

### 3.6.3. Análises das questões referentes à versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36 (BLOCO L)

Para a análise do instrumento SF-36, as 36 questões foram transformadas em domínios, sendo que, para cada domínio, existe um cálculo diferente que varia de zero a 100. O resultado foi chamado de “Raw Scale” porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. O SF-36 tem um escore final de 0 (pior estado geral de saúde) a 100 (melhor

estado de saúde) (CICONELLI et.al, 1999). No Quadro 2, apresenta-se a primeira fase, que consiste na pontuação dos dados.

Questões	Pontuação	
<b>01</b>	Se a resposta for:	A pontuação será
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
<b>02</b>	Manter o mesmo valor	
<b>03</b>	Soma de todos os valores	
<b>04</b>	Soma de todos os valores	
<b>05</b>	Soma de todos os valores	
<b>06</b>	Se a resposta for:	A pontuação será
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
<b>07</b>	Se a resposta for:	A pontuação será
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,2
	6	1,0
<b>08</b>	A resposta da questão 08 depende da nota da questão 07: Se 07=1 e se 8=1, o valor da questão é (6) Se 07=2 a 6 e se 8=1, o valor da questão é (5) Se 07=2 a 6 e se 8=2, o valor da questão é (4) Se 07=2 a 6 e se 8=3, o valor da questão é (3) Se 07=2 a 6 e se 8=4, o valor da questão é (2) Se 07=2 a 6 e se 8=5, o valor da questão é (1)  Se a questão 07 não for respondida, o escore da questão 08 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1) a pontuação será (6) Se a resposta for (2) a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3) a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4) a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5) a pontuação será (1)	
<b>09</b>	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for (1) a pontuação será (6) Se a resposta for (2) a pontuação será (5) Se a resposta for (3) a pontuação será (4) Se a resposta for (4) a pontuação será (3) Se a resposta for (5) a pontuação será (2) Se a resposta for (6) a pontuação será (1)  Para os demais itens b, c, f, g, i, o valor será mantido o mesmo.	
<b>10</b>	Considerar o mesmo valor	
<b>11</b>	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deve-se seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for (1) a pontuação será (5) Se a resposta for (2) a pontuação será (4) Se a resposta for (3) a pontuação será (3) Se a resposta for (4) a pontuação será (2) Se a resposta for (5) a pontuação será (1)	

Fonte: Associação Brasileira de Self Healing (2013).

### **Quadro 2 – Relação das questões do SF-36 com as respectivas pontuações.**

A segunda fase consiste no cálculo do “Raw Scale”, o qual foi transformado o valor das questões anteriores em notas de oito domínios, que variam de 0 a 100. Os domínios são: capacidade funcional (CF), limitação por aspectos físicos (LAF), dor (DOR), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (V), aspectos sociais (AS), limitação por aspectos emocionais (LAE), saúde mental (SM). Para isso, foi utilizado a seguinte fórmula para o cálculo dos domínios:

DOMÍNIO: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior X 100

Varição (Score Range)

Na fórmula acima, os valores de limite inferior e de variação são fixos, sendo estipulados no Quadro 3:

Domínios	Pontuação das questões correspondentes	Limite inferior	Varição (Score Ranger)
Capacidade Funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	04	04
Dor	07 + 08	02	10
Estado Geral de Saúde	01 + 11	05	20
Vitalidade	09 (somente os itens: a+e+g+i)	04	20
Aspectos Sociais	06 + 10	02	08
Limitação por aspectos emocionais	05	03	03
Saúde Mental	09 (somente os itens: b+c+d+f+h)	05	25

Fonte: Associação Brasileira de Self Healing (2013).

Quadro 3 – Valores de limite inferior e variação (Score Range) para os domínios do SF-36.

### 3.7 Aspectos éticos

No que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa, todas as etapas de autorização e tramitação foram realizadas no Projeto Matricial, observando-se as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos (Resolução N° 466, de 12/12/2012). No que tange a esta pesquisa, os pesquisadores terão o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando o anonimato dos sujeitos pesquisados (APÊNDICE A). O banco de dados encontra-se arquivado na sala 1339, do Departamento de Enfermagem da UFSM, sob a responsabilidade da professora Tânia Solange Bosi de Souza Magnago.

## 4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados segue a seguinte sequência: caracterização dos trabalhadores do SHL; avaliação da prevalência de DME, segundo perfil sociodemográfico, laboral, hábitos e saúde dos trabalhadores do SHL; caracterização dos valores atribuídos pelos trabalhadores aos diferentes domínios do SF-36, segundo características sociodemográficas, laborais, hábitos e saúde e, avaliação da relação entre DME e QV em trabalhadores do SHL de um Hospital Universitário Público do Rio Grande do Sul/Brasil.

### 4.1 Caracterização dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza.

A população deste estudo foi composta pelos 157 trabalhadores do SHL que participaram da coleta de dados em 2013. São vinculados a uma empresa terceirizada e atuantes nos turnos manhã, tarde e noite de um hospital universitário do Rio Grande do Sul, Brasil. Na Tabela 4 está apresentado o perfil sociodemográfico da população pesquisada.

Tabela 4 – Perfil sociodemográfico dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Variáveis sociodemográficas	Frequências	
	N	(%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	19	12,1
Feminino	138	<b>87,9</b>
<b>Faixa etária</b>		
19 a 34 anos	51	32,5
35 a 44 anos	50	31,8
45 a 60 anos	56	<b>35,7</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental	66	42,0
Ensino médio	86	<b>54,8</b>
Ensino superior	5	3,2
<b>Cor / Raça</b>		
Branca	100	<b>63,7</b>
Outra*	57	36,3
<b>Situação Conjugal</b>		
<b>Casado</b>	101	<b>64,3</b>
Solteiro	33	21,0
Viúvo / Separado / Divorciado	23	14,7
<b>Filhos menores que 6 anos**</b>		
Nenhum	93	<b>59,2</b>

Um filho	35	22,3
Dois filhos	7	4,5

\* Outra Raça: Preto, Pardo, Amarelo, Indígena

\*\* N=135

Fonte: Dados da pesquisa.

Evidencia-se que os trabalhadores do SHL são, predominantemente, do **sexo** feminino (87,9%), com **idade** média de 39,9 anos (DP=9,78), com extremos de 19 e 60 anos; maior percentual na faixa etária entre 45 a 60 anos (35,7%). A **escolaridade** predominante foi de Ensino médio (completo e incompleto) (54,8%). Uma parcela reduzida possui o curso superior completo ou incompleto (3,2%).

Maior percentual (63,7%) referiu ser de **raça** branca (63,7%), **casado** (64,3%) e **não possuir filhos menores que seis (6) anos** (59,2%). No que se refere à **renda pessoal**, maior percentual (77,1%) recebem de R\$ 650,00 até R\$1.100,00, obtendo R\$ 830,00 como média nessa variável. O perfil laboral dos trabalhadores do SHL está descrito na Tabela 5.

Tabela 5 – Perfil laboral dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Variáveis laborais	Frequências	
	N	%
<b>Função exercida</b>		
Servente de limpeza	103	<b>65,6</b>
Auxiliar de limpeza	54	34,4
<b>Turno de trabalho</b>		
Diurno	127	<b>80,9</b>
Noturno	30	19,1
<b>Tempo de Trabalho na Instituição</b>		
< 2 anos	99	<b>63,1</b>
≥ 2 anos	58	36,9
<b>Tempo trabalho na função</b>		
< 2 anos	109	<b>69,4</b>
≥ 2 anos	48	30,6
<b>Tempo de trabalho no turno (meses)</b>		
1 ---36	135	<b>86,0</b>
36 ----71	15	9,5
71 ----106	2	1,3
106 ----141	3	1,9
141 ----176	-	-
176 ----211	1	0,6
211 ----246	-	-
246 ----281	1	0,6
<b>Tempo para o lazer</b>		
Não	17	10,8
Sim	47	29,9
Às vezes	93	<b>59,3</b>
<b>Outro emprego</b>		
Não	139	<b>88,5</b>
Sim	18	11,5
<b>Horas extras</b>		

Não	106	<b>67,5</b>
Sim	51	32,5
<b>Realização de treinamentos</b>		
Não	21	13,4
Sim	23	14,6
Às vezes	113	<b>72,0</b>
<b>Satisfação com a remuneração (%)</b>		
0  — 20	5	3,2
20  — 40	9	5,7
40  — 60	36	22,9
60  — 80	49	<b>31,2</b>
80  — 100	57	<b>36,3</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao **perfil laboral**, evidenciou-se que o maior percentual (65,6%) é de trabalhadores com função de servente de limpeza; com **turno** de atuação predominante o diurno (80,9%); jornadas de 6 a 12 horas diárias e regime de 44 horas semanais. O **tempo de trabalho na Instituição** pesquisada e na **função exercida** foi de até 2 anos (63,1% e 69,4%, respectivamente). A média de tempo de **trabalho no turno** foi de 19,4 meses (DP= 31,1), com maior percentual de 1 a 36 meses (86%).

No que tange ao **lazer**, 59,3% relataram possuir às vezes tempo para o lazer. Maior percentual não possui **outro emprego (88,5%)**. Todavia, aqueles que possuíam outro emprego concomitante (11,5%), cumpriam carga horária semanal de 3 a 36 horas semanais, tendo vínculo com o outro trabalho entre 1 e 20 anos.

Quanto às **horas extras**, 51 (32,5%) afirmaram fazer entre 3 e 36 horas extras mensais. A média de horas extras/mês foi de 13,4h (DP=9,5). Quanto a receber **treinamentos ou capacitações**, 72% relataram receber às vezes.

Ao serem questionados sobre a **satisfação com a remuneração**, verificou-se a prevalência de trabalhadores satisfeitos, com 67,5% dos trabalhadores com índice acima de 60%. A média foi de 65,9% (DP=22,6) de satisfeitos. O perfil de saúde dos trabalhadores do SHL está descrito na Tabela 6.

Tabela 6 – Perfil de saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Variáveis sobre hábitos e saúde	Frequências	
	N	%
<b>Tabagismo</b>		
Nunca fumou	79	50,3
Fumou, mas parou	51	<b>32,5</b>
Sim, fuma	27	<b>17,2</b>
<b>Índice de Massa Corpórea*</b>		
Baixo peso (<18,5)	3	1,9

Normal (18,6 – 24,9)	43	27,4
Sobrepeso (25 – 29,9)	58	<b>36,9</b>
Obesidade		
30 - 34,9	40	<b>25,5</b>
35 - 39,9	6	<b>3,8</b>
>=40	7	<b>4,5</b>
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>		
Não	140	89,2
Sim	17	<b>10,8</b>
<b>Uso de medicação</b>		
Não	77	49,0
Sim	80	<b>51,0</b>
<b>Necessidade de atendimento médico**</b>		
Não	65	41,4
Sim	92	<b>58,6</b>
<b>Necessidade de atendimento psicológico**</b>		
Não	147	<b>93,6</b>
Sim	10	6,4

\* Segundo Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

\*\* No último ano, anterior à pesquisa.

Fonte: Dados da pesquisa.

O **perfil de saúde** apontou que 49,7% trabalhadores afirmaram ser **ex-tabagistas e tabagistas**. Estes últimos com média diária de cigarros consumidos por dia de 10,5 (DP=10,7), atingindo um máximo de 60 cigarros.

Em relação ao **Índice de Massa Corporal (IMC)**, verificou-se uma pontuação média de 27,7 (DP 5,11) e que 70,7% dos trabalhadores do SHL apresentam-se com excesso de peso corporal (IMC acima de 25). Destes, 36,9% encontram-se com sobrepeso (pré obesos) e 33,8% encontram-se com obesidade graus I, II e III.

Sobre o **consumo de álcool**, 10,8% dos trabalhadores do SHL responderam que utilizavam algum tipo de bebida alcoólica. Destes, seis (3,8%) foram classificados com suspeição para o alcoolismo, de acordo com o questionário CAGE (MASUR; MONTEIRO, 1983).

Dos pesquisados, 51% relataram utilizar algum tipo de **medicação**. Destes, 47,8% utilizavam por indicação médica e 2,5% usavam por conta própria. Dentre as medicações utilizadas, o grupo dos anticoncepcionais (43%), seguido pelo grupo dos antidepressivos (16,5%) e anti-hipertensivos (12,7%) foram os mais relatados. Sobre a necessidade de **atendimento médico** no último ano, 58,6% relataram ter precisado de, pelo menos, uma consulta médica e 6,4% informaram estar em **acompanhamento psicológico** ou já tê-lo concluído.

Dos que adoeceram, a média de **doenças diagnosticadas pelo médico** foi de 2,24 ( $\pm 2,67$ ), variando de uma a 15 doenças. Os distúrbios mentais leves (31,8%) e os

musculoesqueléticos (15,9%) foram os diagnósticos médicos mais prevalentes. A média de **horas de sono** por dia era de 7,1 horas ( $\pm 1,6$ ).

#### 4.2 Prevalência de dor musculoesquelética, nos últimos sete dias, segundo perfil sociodemográfico, laboral, hábitos e saúde dos trabalhadores do SHL.

A prevalência de dor musculoesquelética relatada, nos últimos sete dias à entrevista, pelos trabalhadores do SHL foi de 70,1% (N=110), ficando assim distribuída (Tabela 7):

Tabela 7 - Distribuição dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário, segundo intensidade de dor musculoesquelética. RS, Brasil, 2013. (N=157)

<b>Intensidade da dor</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ausente	47	29,9
Fraca	28	17,8
Moderada	42	26,8
Forte	31	19,8
Insuportável	9	5,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Ressalta-se que uma parcela superior (70,1%) a 2/3 dos trabalhadores do SHL relataram a ocorrência de DME, nos 7 dias anteriores à entrevista. Destes, 25,5% (N=40), classificaram a DME de intensidade forte e insuportável. A Tabela 8 apresenta a frequência de DME, segundo o perfil sociodemográfico dos trabalhadores.

Tabela 8 – Frequências de dor musculoesquelética dos trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza de um hospital universitário, segundo perfil sociodemográfico. RS, Brasil, 2013. (N=157)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequências</b>		<b>Dor musculoesquelética</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>Não N (%)</b>	<b>Sim N (%)</b>	
<b>Sexo</b>					0,483
Masculino	19	12,1	7 (36,8)	12 (63,1)	
Feminino	138	87,9	40 (29,0)	98 (71,0)	
<b>Faixa etária</b>					<b>0,031</b>
19 a 34 anos	51	32,5	12 (23,5)	<b>39 (76,5)</b>	
35 a 44 anos	50	31,8	11 (22,0)	29 (78,0)	
45 a 60 anos	56	<b>35,7</b>	<b>24 (42,9)</b>	32 (57,1)	
<b>Escolaridade</b>					0,871

Ensino fundamental	66	42,0	20 (30,3)	46 (69,7)	
Ensino médio	86	54,8	25 (29,1)	61 (70,9)	
Ensino superior	5	3,2	2 (40,0)	3 (60,0)	
<b>Cor / Raça</b>					0,483
Branca	100	63,7	28 (28,0)	72 (72,0)	
Outra*	57	36,3	19 (33,3)	38 (66,7)	
<b>Situação Conjugal</b>					0,113
Casado	101	64,3	26 (25,7)	75 (74,3)	
Solteiro	33	21,0	10 (30,3)	23 (69,7)	
Viúvo/Separado/Divorciado	23	14,7	11 (47,8)	12 (52,1)	
<b>Filhos &lt; 6 anos**</b>					<b>0,028</b>
Nenhum	93	59,2	<b>33 (35,5)</b>	60 (64,5)	
Um filho	35	22,3	4 (11,4)	<b>31 (88,6)</b>	
Dois filhos	7	4,5	2 (28,6)	5 (71,4)	

\* Outra Raça: Preto, Pardo, Amarelo, Indígena    \*\* N=135  
 Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 8, obteve-se diferença estatística significativa para a ocorrência de DME entre os trabalhadores do SHL com idade de 19 a 34 anos (76,5%) e com um filho menor de 6 anos (88,6%). Em contrapartida, aqueles com idade de 45 a 60 anos e sem filhos menores de 6 anos (42,9% e 35,5%, respectivamente) são os menos acometidos por DME.

Tabela 9 – Frequências de dor musculoesquelética dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário, segundo perfil laboral. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Variáveis	N	%	Dor Musculoesquelética		p
			Não N(%)	Sim N(%)	
<b>Função exercida</b>					0,246
Servente de limpeza	103	65,6	34 (33,0)	69 (67,0)	
Auxiliar de limpeza	54	34,4	13 (24,1)	41 (75,9)	
<b>Turno de trabalho</b>					0,075
Diurno	127	80,9	34 (26,8)	93 (73,2)	
Noturno	30	19,1	13 (43,3)	17 (56,7)	
<b>Tempo de trabalho na Instituição</b>					0,896
< 2 anos	99	63,1	30 (30,3)	69 (69,7)	
≥ 2 anos	58	36,9	17 (29,3)	41 (70,7)	
<b>Tempo de trabalho na função</b>					0,203
< 2 anos	109	69,4	36 (33,0)	73 (67,0)	
≥ 2 anos	48	30,6	11 (22,9)	37 (77,1)	
<b>Tempo para o lazer</b>					<b>0,030</b>
Não	17	10,8	2 (11,8)	<b>15 (88,2)</b>	
Sim	47	29,9	10 (21,3)	37 (78,7)	
Às vezes	93	59,3	35 (37,6)	58 (62,4)	
<b>Outro emprego</b>					0,738
Não	139	88,5	41 (29,5)	98 (70,5)	
Sim	18	11,5	6 (33,3)	12 (66,7)	
<b>Horas extras</b>					0,399
Não	106	67,5	34 (32,1)	72 (67,9)	
Sim	51	32,5	13 (25,5)	38 (74,5)	
<b>Realização de treinamentos</b>					0,483

Não	21	13,4	5 (23,81)	16 (76,2)	
Sim	23	14,6	7 (30,4)	16 (69,6)	
Às vezes	113	72,0	35 (31,0)	78 (69,0)	
<b>Satisfação com a remuneração (%)</b>					0,234
0  – 20	5	3,2	2 (40)	<b>3 (60)</b>	
20  – 40	9	5,7	4 (44,4)	5 (55,6)	
40  – 60	36	22,9	7 (19,4)	29 (80,6)	
60  – 80	49	31,2	13 (26,5)	36 (73,5)	
80  – 100	57	36,3	<b>21 (36,8)</b>	36 (63,2)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao reportarmos para as variáveis laborais, se evidenciou diferença estatística significativa para maior percentual de DME entre os trabalhadores que não possuem tempo para lazer (88,2%).

Tabela 10 – Frequências de dor musculoesquelética dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um hospital universitário, segundo perfil de saúde. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Variáveis	N	%	Dor		P
			Musculoesquelética		
			Não	Sim	
			N(%)	N(%)	
<b>Tabagismo</b>					0,708
Nunca fumou	79	50,3	26 (32,9)	53(67,1)	
Fumou, mas parou	27	17,2	7 (25,9)	20 (74,1)	
Sim, fuma	51	34,5	14 (27,5)	37 (52,5)	
<b>Índice de Massa Corporal</b>					0,291
Baixo peso (<18,5)	3	1,9	1 (33,3)	2 (66,7)	
Normal (IMC entre 18,5 e 24,9)	43	27,4	10 (23,3)	33 (76,7)	
Sobrepeso (IMC entre 25 e 29)	58	36,9	23 (39,7)	35 (60,3)	
Obesidade (IMC >= 30)					
30 – 34.9	40	25,5	9 (22,5)	31 (77,5)	
35 – 39.9	6	3,8	2 (33,3)	4 (66,7)	
>=40	7	4,5	2 (28,6)	5 (71,4)	
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>					0,960
Não	140	89,2	42 (30,0)	98 (70,0)	
Sim	17	10,8	5 (29,4)	12 (70,6)	
<b>Uso de medicação</b>					0,084
Não	77	49,1	28 (36,4)	49 (63,6)	
Sim	80	50,9	19 (23,8)	61 (76,3)	
<b>Necessidade de atendimento médico (último ano)</b>					0,369
Não	65	41,4	22 (33,8)	43 (66,2)	
Sim	92	58,6	25 (27,2)	67 (72,8)	
<b>Necessidade de atendimento psicológico (último ano)</b>					0,462*
Não	147	93,6	45 (30,6)	102 (69,4)	
Sim	10	6,4	2 (20,0)	8 (80,0)	

\* Teste Exato de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa.

Na avaliação das variáveis sobre o perfil de saúde não foi identificado diferença estatística significativa entre os grupos ( $p>0,05$ ).

Tabela 11– Análises bruta e ajustadas para a associação entre dor musculoesquelética e variáveis sociodemográficas, laborais, hábitos e saúde em trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza de um hospital universitário. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Variáveis	Dor Musculoesquelética		
	RP	(IC95%)	p
<b>Análise Bruta*</b>			
<b>Idade (anos/tercil)</b>			
19 a 34	<b>1,12</b>	<b>1,01- 1,25</b>	<b>0,031</b>
35 a 44	<b>1,13</b>	<b>1,02 - 1,26</b>	<b>0,020</b>
45 a 60	1,00		
<b>Situação Conjugal</b>			
Solteiro/sem comp.	1,00		
Casado	1,07	0,98 - 1,18	0,137
<b>Filhos &lt; 6 anos</b>			
Nenhum	1,00		
1 filho	<b>1,15</b>	<b>1,06 - 1,24</b>	<b>0,001</b>
2 filhos	1,04	0,85 - 1,28	0,692
<b>Função</b>			
Auxiliar de limpeza	1,05	0,97 - 1,15	0,227
Servente de limpeza	1,00		
<b>Turno de trabalho</b>			
Diurno	1,11	0,98 - 1,25	0,105
Noturno	1,00		
<b>Tempo de lazer</b>			
Não	<b>1,16</b>	<b>1,05 - 1,28</b>	<b>0,004</b>
Às vezes	<b>1,10</b>	<b>1,01 - 1,20</b>	<b>0,035</b>
Sim	1,00		
<b>Uso de medicação</b>			
Sim	1,08	0,99 - 1,17	0,084
Não	1,00		
<b>Modelo Ajustado 1†</b>			
<b>Idade (anos/tercil)</b>			
19 a 34	<b>1,15</b>	<b>1,02 - 1,29</b>	<b>0,025</b>
35 a 44	1,08	0,96 - 1,21	0,189
45 a 60	1,00		
<b>Filhos &lt; 6 anos</b>			
Nenhum	1,00		
1 filho	1,08	0,99 - 1,18	0,064
2 filhos	0,94	0,79 - 1,14	0,543
<b>Turno de trabalho</b>			
Diurno	1,11	0,97 - 1,26	0,130
Noturno	1,00		
<b>Tempo de lazer</b>			
Não	<b>1,13</b>	<b>1,02 - 1,23</b>	<b>0,020</b>
Às vezes	1,08	0,98 - 1,18	0,124
Sim	1,00		
<b>Uso de medicação</b>			
Sim	<b>1,11</b>	<b>1,02 - 1,21</b>	<b>0,015</b>
Não	1,00		
<b>Modelo ajustado 2‡</b>			
<b>Idade (anos/tercil)</b>			
19 a 34	<b>1,14</b>	<b>1,03 - 1,27</b>	<b>0,012</b>
35 a 44	1,11	0,99 - 1,23	0,060
45 a 60	1,00		

<b>Tempo de lazer</b>			
Não	<b>1,14</b>	<b>1,03 - 1,27</b>	<b>0,013</b>
Às vezes	<b>1,10</b>	<b>1,02 - 1,20</b>	<b>0,021</b>
Sim	1,00		
<b>Uso de medicação</b>			
Sim	1,08	0,99 - 1,18	0,067
Não	1,00		

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança.

\* Análise bruta: variáveis com nível de significância < 0,25 na análise bivariada.

† Modelo ajustado 1 ( $\alpha < 0,10$ ): RP ajustada para idade, filhos menores de 6 anos, turno de trabalho, tempo para lazer e uso de medicação.

‡ Modelo ajustado 2 ( $\alpha < 0,05$ ): RP ajustada para idade, tempo para lazer e uso de medicação.

Fonte: Dados da pesquisa.

Após análise ajustada por fatores de confundimento, os trabalhadores do SHL com faixa etária entre 19 e 34 anos (RPa=1,14; IC95%= 1,03-1,27), aqueles que não tem tempo para o lazer (RPa=1,14; IC95%=1,03-1,27) e os que às vezes tem tempo para o lazer (RPa=1,10; IC95%= 1,02-1,20) apresentaram prevalências mais elevadas de DME quando comparados aos demais grupos avaliados.

### 4.3 Identificação dos valores atribuídos, pelos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, aos domínios do Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36).

Ao realizar-se a avaliação da QV nos trabalhadores do SHL, o protocolo SF-36 apresenta os resultados divididos em domínios, visto que a QV é um conceito multifatorial. O Alfa de Cronbach do SF-36 foi de 0,85. Os domínios de QV, mensurados pelo SF- 36 apresentaram valores de alfa de Cronbach satisfatórios, entre 0,82 a 0,86.

A seguir, são apresentados os valores atribuídos pelos sujeitos desta pesquisa, no que se refere aos domínios do instrumento para avaliação da QV (SF-36).

Tabela 12 – Descrição dos valores atribuídos pelos trabalhadores do SHL de um hospital universitário à qualidade de vida, segundo os domínios do SF-36. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Variável	Média	Desvio Padrão	CV (%)*	Mediana	IC**	Intervalo interquartilico	Alfa de Cronbach
Capacidade funcional	<b>87,34</b>	15,20	17,42	90,00	84,96 –89,72	80 – 100	0,84
Aspectos físicos	80,61	31,31	38,84	100,00	75,71 –85,51	75 – 100	0,84
Dor	66,00	20,24	30,66	72,00	62,83 –69,17	52 – 66	0,83

Estado geral de saúde	<b>64,31</b>	16,43	25,55	67,00	61,74 –66,88	52 – 77	0,84
Vitalidade	72,74	18,81	25,87	75,00	69,80 –75,68	65 – 85	0,82
Aspectos sociais	80,73	23,79	29,47	87,50	77,01 –84,45	63 – 100	0,82
Aspectos emocionais	79,19	34,88	44,05	100,00	73,74 –84,65	67 – 100	0,86
Saúde mental	77,04	19,12	24,82	84,00	74,05 –80,04	68 – 100	0,83

\* Coeficiente de Variação

\*\* Intervalo de Confiança (95%), tomando-se por base a média.

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme Tabela 12, foram observados escores médios, em geral, acima de 70, para a maioria dos domínios. Os melhores escores de QV foram observados nos domínios “Capacidade Funcional”, seguido por “Aspectos sociais” e “Aspectos físicos”. Já os piores escores de QV foram relativos ao domínio “Estado Geral de Saúde”, seguida por “Dor” e “Vitalidade”. O domínio que apresentou a maior variação foi Aspectos Emocionais e a menor foi Capacidade Funcional.

#### **4.4 Caracterização dos domínios do Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), segundo as variáveis sociodemográficas, laborais, de saúde e DME.**

Na Tabela 13, estão apresentadas as comparações de médias entre os domínios do SF-36 e as variáveis sociodemográficas, laborais, de saúde que apresentaram p-valor < 0,25 na análise bivariada com a DME.

Tabela 13 – Comparação de médias das variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde, segundo o SF-36. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Variável* / Domínio	Capacidade funcional		Aspectos físicos		Dor		Estado geral de saúde		Vitalidade		Aspectos sociais		Aspectos emocionais		Saúde mental	
	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p
<b>Faixa etária</b>		0,449		0,306		0,083		0,501		<b>0,019</b>		0,324		<b>0,051</b>		<b>0,005</b>
19 a 34 anos	89,4		75,0		61,9		63,3		68,2		78,1		70,7		73,5	
35 a 44 anos	87,3		80,5		65,7		63,7		73,9		83,0		80,7		75,6	
45 a 60 anos	85,4		85,3		69,1		65,4		76,4		80,8		85,7		81,6	
<b>Situação conjugal</b>		0,459		0,995		0,086		<b>0,039</b>		0,277		0,856		0,756		0,269
Casado/com companheiro	86,7		81,2		64,0		62,4		71,9		80,2		77,9		76,4	
Solteiro/sem companheiro	88,3		79,2		69,0		67,5		75,1		81,5		82,1		78,4	
<b>Número de filhos</b>		0,533		0,296		0,080		0,171		0,075		0,741		0,982		<b>0,027</b>
Nenhum	88,1		85,0		68,4		65,6		76,1		83,0		82,6		81,1	
Um filho	85,1		75,7		59,4		59,4		66,6		78,2		82,9		69,4	
Dois filhos	89,3		71,4		60,9		66,7		72,1		75,0		80,9		72,6	
<b>Turno de trabalho</b>		0,420		<b>0,012</b>		0,179		<b>0,040</b>		<b>0,042</b>		0,746		0,191		0,987
Diurno	86,3		78,0		64,5		62,9		71,5		79,9		78,0		76,8	
Noturno	91,4		91,4		70,9		69,7		79,3		84,0		85,1		78,2	
<b>Função exercida</b>		0,830		0,709		0,408		0,779		0,858		0,994		0,054		0,212
Servente de Limpeza	87,1		79,0		66,7		64,5		73,1		80,3		75,9		76,1	
Auxiliar de Limpeza	87,6		83,3		63,9		63,5		72,9		81,2		85,8		79,0	
<b>Tempo trabalho na Função</b>		0,203		0,246		0,759		0,353		0,962		0,678		<b>0,029</b>		0,441
< 2 anos	87,4		81,3		65,3		65,0		73,1		80,4		75,4		76,0	
≥ 2 anos	87,0		78,6		66,7		62,3		72,8		81,2		88,2		79,4	
<b>Tempo para lazer</b>		0,287		<b>0,000</b>		<b>0,038</b>		<b>0,001</b>		<b>0,012</b>		<b>0,003</b>		<b>0,036</b>		<b>0,001</b>
Não	76,2		61,8		55,5		56,5		52,9		66,9		68,6		59,8	
Sim	89,9		87,9		69,3		67,9		78,4		86,4		84,6		83,1	
Às vezes	86,1		72,9		62,4		59,7		69,7		74,5		73,0		71,7	
<b>Uso de medicação</b>		<b>0,000</b>		0,679		0,058		0,071		0,179		0,523		0,916		0,125
Não	91,5		80,0		69,1		66,4		74,5		81,8		79,6		79,1	
Sim	83,3		80,9		62,5		62,1		71,6		79,5		79,2		75,2	
<b>Dor Musculoesquelética</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		-----		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,009</b>		<b>0,021</b>		<b>0,000</b>
Não	94,0		93,1		81,1		71,9		81,9		89,1		87,9		85,4	
Sim	84,3		75,0		59,0		60,8		69,1		77,0		75,6		73,4	

\*Teste não - paramétrico de Mann – Whitney com comparação dos Domínios da Qualidade de Vida com as variáveis de interesse ( $p < 0,25$ ). Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 13, o domínio **“Capacidade funcional”** obteve correlação estatística significativa com as seguintes variáveis: uso de medicação e DME (ambos com  $p$  valor= 0,000). Também obteve-se relação estatística significativa ( $p$  valor=0,012) entre o domínio **“Aspectos físicos”** e turno de trabalho ( $p$  valor=0,012), tempo para lazer e DME, sendo as duas últimas variáveis com  $p$  valor= 0,000.

No domínio **“Estado geral de saúde”**, obteve-se diferença estatística significativa na associação com variáveis situação conjugal ( $p$  valor=0,039), turno de trabalho ( $p$  valor=0,040), tempo para lazer ( $p$  valor=0,001) e DME ( $p$  valor= 0,000). Em contrapartida, esse domínio apresentou os piores escores medianos.

O domínio **“Vitalidade”** obteve diferença estatística significativa nas variáveis: faixa etária ( $p$  valor= 0,019), turno de trabalho ( $p$  valor= 0,042), tempo para lazer ( $p$  valor=0,012) e DME ( $p$  valor= 0,000). Já os **“Aspectos sociais”** obtiveram diferença estatística significativa com tempo para lazer ( $p$  valor=0,003) e DME ( $p$  valor=0,009).

Também foi observado diferença estatística significativa na associação do domínio **“Saúde mental”** com faixa etária ( $p$  valor=0,005), número de filhos ( $p$  valor=0,027), tempo para lazer ( $p$  valor=0,001) e DME ( $p$  valor=0,000). Ao analisarmos a variável sociodemográfica faixa etária, houve diferença entre os grupos para os domínios **“Vitalidade”** ( $p$  valor=0,019), **“Aspectos emocionais”** ( $p$  valor=0,051) e **“Saúde mental”** ( $p$  valor=0,005). No que tange as variáveis laborais, não houve diferenças nos domínios da QV com relação à função exercida pelos trabalhadores do SHL.

As demais variáveis não evidenciam diferença estatística significativa entre os grupos avaliados ( $p>0,05$ ). No entanto, a variável DME mostrou-se associada a todos os domínios do instrumento SF-36. Tal constatação evidencia que a DME possui implicações na QV dos trabalhadores do SHL.

#### **4.5 – Relações entre dor musculoesquelética e os domínios da qualidade de vida em trabalhadores do SHL.**

Para verificar a diferença entre os trabalhadores estudados, foram avaliadas as médias dos domínios do instrumento SF-36, de acordo com a presença ou ausência de DME relatada no último ano (Tabela 14).

Tabela 14– Distribuições das médias dos domínios do SF-36, segundo ocorrência ou não de Dor musculoesquelética, no último ano. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Variável	Dor musculoesquelética no último ano				p*
	Não		Sim		
	Média	DP	Média	DP	
<b>Capacidade funcional</b>	<b>94,0</b>	<b>8,88</b>	<b>84,3</b>	<b>16,44</b>	<b>&lt;0,0001</b>
Aspectos físicos	93,1	18,57	75,0	34,17	<0,0001
Dor	81,2	11,23	59,0	19,60	<0,0001
<b>Estado geral de saúde</b>	<b>71,9</b>	<b>11,87</b>	<b>60,8</b>	<b>17,13</b>	<b>&lt;0,0001</b>
Vitalidade	81,9	12,83	69,1	19,53	<0,0001
Aspectos sociais	89,1	15,33	76,9	25,98	0,009
Aspectos emocionais	87,9	29,83	75,6	36,34	0,021
Saúde mental	85,5	13,17	73,4	20,33	<0,0001

\* Valor p para o Teste U Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme Tabela 14, o domínio “Capacidade funcional” apresentou os maiores escores medianos. Em contrapartida, o domínio “Estado Geral de Saúde” apresentou os piores escores. A Tabela 15 apresenta a correlação entre a DME e os domínios do instrumento de avaliação da QV (SF-36).

Tabela 15 – Correlação entre a Dor musculoesquelética e os domínios do SF-36. RS, Brasil, 2013. (N=157)

Domínio	r *	p	N	R <sup>2</sup>	Associação com a DME
Capacidade funcional	-0.424	<b>&lt;0.0001</b>	156	0.18	Média correlação
Aspectos físicos	-0.360	<b>&lt;0.0001</b>	156	0.13	Média correlação
Estado geral de saúde	-0.385	<b>&lt;0.0001</b>	157	0.15	Média correlação
<b>Vitalidade</b>	<b>-0.447</b>	<b>&lt;0.0001</b>	157	0.20	Média correlação
Aspectos sociais	-0.343	<b>&lt;0.0001</b>	157	0.12	Média correlação
<b>Aspectos emocionais</b>	<b>-0.283</b>	<b>&lt;0.0001</b>	157	0.08	Pequena correlação
Saúde mental	-0.396	<b>&lt;0.0001</b>	157	0.16	Média correlação

\* Coeficiente de Correlação de Spearmann

Fonte: Dados da pesquisa

A análise indica que, no geral, há uma correlação negativa dos Domínios da QV com a DME, confirmando a hipótese de que, quanto maior a DME, menor a QV e vice-versa. Pode-se observar que todos os domínios mostraram correlação significativa ( $p < 0,0001$ ) com a DME. Os domínios com maior correlação com a DME foram: Vitalidade, Capacidade Funcional (correlação média). A menor correlação foi Aspectos Emocionais (pequena correlação).

## 5 DISCUSSÃO

Neste capítulo os resultados foram discutidos tomando-se por base as publicações referentes à temática abordada, de forma a responder aos objetivos propostos. Salienta-se que foi realizada a aproximação com os trabalhadores de outras categorias profissionais, tendo em vista a lacuna no número de publicações com os trabalhadores de limpeza, em qualquer âmbito de atuação.

### 5.1 Considerações sobre os achados sociodemográficos, laborais e de saúde dos trabalhadores do SHL.

Este estudo evidencia maior percentual de **mulheres** (87,9%) entre os trabalhadores do SHL, corroborado por outro realizado em um Hospital Municipal (65,1%) (MARTARELLO; BENATTI, 2009). Tal evidência já era esperada, tendo em vista o contexto sócio-cultural em que vivem, ou seja, inserção de mulheres em trabalhos que não exijam qualificação formal, como os serviços gerais, com menores salários e poucas condições de crescimento profissional (MARTARELLO; BENATTI, 2009; CHILLIDA; COCCO, 2004). Também porque os hospitais representam um espaço comum de profissionalização do trabalho doméstico, que envolve atividades comumente realizadas por mulheres, como o cuidar, o prover e o assistir (MARTARELLO; BENATTI, 2009).

Evidenciou-se predomínio da **faixa etária** entre 45 a 60 anos (35,7%), percentual menor ao observado no estudo de Silva et al. (2010), que obteve 82,4% de trabalhadores com mais de 41 anos. Tal constatação caracteriza o envelhecimento da força de trabalho, sendo que o Brasil acompanha essa tendência mundial, consequência do aumento da expectativa de vida, que passou de 48 para 73,4 anos, e da queda da taxa de natalidade, decrescendo de 6,3 para 1,9 filhos, no ano de 2010 (SILVA et al., 2010, IBGE, 2010). Em consonância, o censo realizado pelo IBGE também registrou a reestruturação da pirâmide etária, com estreitamento da base e o alargamento do topo, característica dos países mais desenvolvidos (IBGE, 2010).

Ao contrário do estudo de Pataro e Fernandes (2014) que evidenciou o predomínio do ensino fundamental entre trabalhadores da limpeza urbana (63,1%), caracterizando a baixa

escolaridade dessa população, este estudo obteve maior percentual de trabalhadores do SHL na categoria com ensino médio completo ou incompleto (54,8%).

As atividades assumidas no SHL não exigem maior qualificação profissional (CHILLIDA; COCCO, 2004), o que também pode dificultar a inserção no mercado de trabalho em outras áreas (PATARO; FERNANDES, 2014). Também a baixa escolaridade evidenciada em outros estudos pode ser reflexo das dificuldades para a continuidade dos estudos.

No que se refere à **raça**, de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), em maior percentual os trabalhadores do SHL se autorreferiram como brancos (63,7%). No Brasil, de acordo com o último censo divulgado pelo IBGE (2010), o percentual de pessoas que se classificaram como brancas foi menor do que este estudo (47,7%), seguido por pardos (43,1%). No Rio Grande do Sul, o percentual de pessoas que se declaram como brancos foi de 64,3% (IBGE, 2010), similar a este estudo. Destaca-se a maior representação de pessoas que se declararam brancos entre os grupos com proteção da previdência social, como os militares, funcionários públicos estatutários, empregados com carteira de trabalho assinada (IBGE, 2010), situação dos trabalhadores do SHL.

O predomínio de **casados ou com companheiro (64,3%)** foi similar ao verificado no estudo de Martarello, Benatti (2009) e em estudo de Pereira (2008), respectivamente 63% e 72%. Maior percentual (86%) relataram possuir **filhos**, similar ao encontrado em estudo com trabalhadores de limpeza urbana (78,3%) (PATARO; FERNANDES, 2014).

Os **baixos salários** recebidos por esse grupo de trabalhadores (média de R\$ 830,00), colaboram para que os mesmos mantenham outro vínculo empregatício ou realizem horas extras com a finalidade de complementação da renda mensal. Nesse sentido, foi evidenciado que 11,5% dos trabalhadores possuem outro emprego concomitante, cumprindo carga horária semanal de 3 a 36 horas semanais.

Maior percentual de trabalhadores do SHL atua em **turno** diurno (80,9%), caracterizado pelo maior número de usuários que circulam pelo hospital (MARTARELLO; BENATTI, 2009). O número de **horas trabalhadas** por semana, de 44 horas, está acima da jornada prevista pela Constituição Federal de 1988 (artigo 7º, inciso XIII) e pela Consolidação das Leis Trabalhistas- artigo 58. Embora a jornada diária determinada pela empresa seja de 6 horas, os trabalhadores do SHL, geralmente, não conseguem cumprir a jornada prevista, dado o volume de trabalho e maior percentual, sendo a carga horária diária por muitas vezes extrapolada (CAMADA; PATARO; FERNANDES, 2012). Isso é ainda

mais evidente pela frequência de **horas extras** relatadas pelos trabalhadores, pois 32,5% afirmaram fazer entre 3 e 36 horas extras mensais, com uma média de 13,4 (DP=9,5). Tendo em vista o tipo de atividade realizada por esses trabalhadores, tal situação pode contribuir para o desgaste físico e mental, ocasionando a DME. Quanto às **horas extras**, este estudo encontrou percentuais menores (32,5%) que os trabalhadores de limpeza urbana (85,1%) (PATARO, FERNANDES; 2014).

Dentre as características laborais, verificou-se que o **tempo de trabalho** total na **Instituição** (63,1%) e na **função exercida** (69,4%) foram de até 2 anos, o que demonstra, a alta rotatividade de mão de obra dos trabalhadores de limpeza, em geral (PATARO; FERNANDES, 2014). Estudo sobre a terceirização de serviços demonstra a tendência de redução salarial e intensificação no trabalho, refletida pelo número expressivo de adoecimento físico e mental dos trabalhadores (SANTOS et al.,2009).

No que se refere ao **tabagismo**, estudo de Pataro e Fernandes (2014) evidenciou percentuais menores ao deste estudo (14,6% versus 34,5%). A alta prevalência de tabagismo nessa população pode estar relacionada com o baixo status socioeconômico, uma vez que é mais comum em trabalhadores que realizam trabalhos manuais, trabalhadores braçais e desempregados (PATARO; FERNANDES, 2014).

Frequências maiores foram encontradas, neste estudo, com relação aos trabalhadores do SHL com **sobrepeso** (36,9%) e **obesos** (33,8%), se comparados com trabalhadores de limpeza urbana (32,8% e 10,1% respectivamente) (PATARO, FERNANDES; 2014). Estes resultados corroboram com os dados de estudos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) que apontam o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem respectivamente 48% e 14% da população adulta do Brasil. Tal constatação aponta para um estilo de vida sedentária, devido aos maiores Índices de Massa Corporal correlacionarem-se a menores níveis de atividade física.

No que tange ao percentual de **suspeição de alcoolismo** (3,8%) (MASUR; MONTEIRO, 1983), estudo aponta a atividade estressora da limpeza como precursora do início da ingestão de álcool e chamam a atenção para o risco de alcoolismo entre esses trabalhadores (PATARO; FERNANDES, 2014). O percentual chega a 57,3% para a ingestão de álcool, pelo menos uma por semana, entre os trabalhadores da limpeza urbana (PATARO; FERNANDES, 2014).

Em concordância com esta pesquisa, que encontrou os distúrbios musculoesqueléticos como o segundo **diagnóstico médico** mais prevalente (15,9%), encontra-se o estudo de Silva et al. (2010), que evidenciou 29,6% de trabalhadores de limpeza com lesão nas costas e 29,6%

com lombalgia que irradia para a perna. Chillida e Cocco (2004) também observaram prevalência de doenças mentais leves e as musculoesqueléticas.

## **5.2 Considerações sobre a prevalência de dor musculoesquelética, segundo perfil sociodemográfico, laboral, hábitos e saúde dos trabalhadores do SHL.**

A prevalência encontrada de 70,1% de DME foi similar ao estudo com trabalhadores de limpeza urbana, que avaliou a prevalência nos últimos 12 meses (77,4%) (PATARO; FERNANDES, 2014) e com a enfermagem (73,1%) (MAGNAGO et al., 2010). Todavia, estudo com professores obteve percentual menor de DME (55%) (CARDOSO et al., 2009).

Tendo em vista o instrumento utilizado para esta pesquisa (JENSEN; KAROLY; BRAVER, 1986), não foi possível evidenciar quais foram os segmentos corporais dos trabalhadores acometidos por DME. Em pesquisa com trabalhadores de limpeza, utilizando o Questionário Nórdico, obteve-se 50% dos trabalhadores com DME em ombros e 43% nas costas (MARTARELLO; BENATTI, 2009).

Nesse sentido, a lombalgia, decorrente de posturas inadequadas no ambiente de trabalho, destaca-se como uma das causas mais comuns de DME. Isso se deve ao fato da região lombar da coluna vertebral ser frequentemente lesada, porque absorve a maior parte do peso do corpo e dos pesos que os trabalhadores carregam (GLÓRIA; GONZALES, 2009).

Destaca-se, ainda o percentual elevado de trabalhadores do SHL que relataram sentir DME de intensidade forte e insuportável (25,5%). Rocha (2003) identificou como fatores associados ao aumento da intensidade de DME, o uso de ferramentas inadequadas, a repetitividade de tarefas, posturas indevidas e a falta de organização do trabalho.

A postura mais incômoda relatada pelos trabalhadores foi a posição em pé com torção de tronco, utilizada na maioria das atividades realizadas pelos trabalhadores do SHL, como varrer e limpar pisos (ROCHA, 2003). Também realizam o transporte manual de carga, responsáveis por inúmeros casos de lombalgias (GLÓRIA; GONZALES, 2009). Como consequências, relatadas por trabalhadores de limpeza, encontra-se o impedimento da realização de tarefas laborais, levando à procura de assistência de saúde (MARTARELLO; BENATTI, 2009).

Embora não tenha sido encontrado diferença estatística significativa, as **mulheres** e os trabalhadores que possuem **um filho menor que 6 anos**, foram os mais acometidos por DME

(71,0% e 88,6%, respectivamente). Estudo de Ferreira et al. (2011), as mulheres apresentaram risco superior ao dos homens para dor lombar. O serviço de limpeza pode ocasionar grande desgaste físico, acrescido, em geral, para a mulher, das atividades ligadas ao cuidado de casa ou o manuseio dos filhos pequenos. Isso pode demandar uma sobrecarga para os membros superiores e representar risco para DME (CHILLIDA, COCCO, 2004; PEREIRA, 2008).

Esses achados são consistentes com os da literatura, os quais apontam que filhos menores exigem um maior tempo de dedicação para o cuidado e causam um maior estresse psíquico. Além disso, em muitos casos torna-se necessário uma maior carga horária de trabalho para aumentar a renda familiar (CARDOSO et al., 2009). Também pode ser explicado devido as mulheres apresentarem características anatômicas funcionais, como menor estatura, menor massa muscular e óssea, articulações mais frágeis e menos adaptadas ao esforço físico intenso. Somado a isso, têm-se a modulação do sistema nervoso, que pode colaborar para o surgimento e maior intensidade de DME (FERREIRA et al., 2011).

Não foi evidenciado diferença estatística entre os grupos na associação da **escolaridade** e DME. Porém, estudo de Almeida et al. (2008) aponta que os trabalhadores com escolaridade baixa apresentaram prevalência maior de lombalgia.

O maior percentual de DME em trabalhadores com **idade** entre 19 a 34 anos (76,5%) está em consonância com o estudo de Ferreira et al. (2011), que obteve maiores percentuais (35,7%) de DME entre adultos jovens (20 a 34 anos). Observou-se ainda que a DME decresce conforme a idade, diferentemente de Almeida et. al (2008) e Cardoso et al. (2009) evidenciaram que a prevalência de DME aumenta conforme a idade.

Como razões plausíveis, encontra-se que o profissional com uma maior experiência profissional, pode ser menos suscetível aos efeitos negativos do trabalho sobre a saúde (CARDOSO et al. 2009); a dor lombar acomete principalmente indivíduos economicamente ativos (BENTO; PAIVA; SIQUEIRA, 2009); os trabalhadores mais jovens, geralmente, são os que estão à frente das atividades que demandam maior exigência física (CARDOSO et al. 2009) e também uma precoce inserção no mercado de trabalho (SILVA et al., 2010).

Com isso, cabe a reflexão de que os trabalhadores estão envelhecendo com qualidade, ativos e traz a reflexão de que não basta ter mais anos vividos, faz-se necessário que esses anos tenham boas condições de vida e saúde, contribuindo para a manutenção da capacidade para o trabalho (SILVA et al.,2010) e baixas prevalências de DME.

Ao considerarmos a demanda física exigida, na execução das atividades, dos trabalhadores do SHL e, com o intuito de diminuir a prevalência de DME, faz-se importante evitar algumas posturas por tempo prolongado, como a postura em pé desleixada, pois a

mesma pode levar a lombalgia (GLÓRIA; GONZALES, 2009). Também recomenda-se a realização de atividade física orientada como importante forma de manter e restabelecer a capacidade para o trabalho, aumentando a oxigenação em nível celular, diminuindo o estresse e melhorando a autoestima (SILVA et al., 2010).

Nessa mesma linha, evidenciou-se que os trabalhadores deste estudo que **não possuíam tempo para lazer** relataram maior percentual de DME (88,2%). Em concordância, estudo de Ferreira et al. (2011) demonstra que não possuir tempo para o lazer está diretamente associado a ocorrência de sintomas de DME, como a lombalgia (FERREIRA et al., 2011).

Salienta-se que os trabalhadores que dividem o tempo em duas atividades laborais, com uma rotina exaustiva, posturas, inadequados e repetitivos, constituem-se como indivíduos que sofrem na saúde física as implicações dos aspectos emocionais. Infelizmente, nem sempre o trabalhador recebe uma remuneração satisfatória e necessita de outro emprego para suprir a renda familiar, sendo necessária a realização de horas extras e deixando de dispor de tempo para o lazer, tornando-se vulnerável a ocorrência de DME (MAIA; FERREIRA; CARVALHO, 2009).

Com relação ao **tempo de trabalho na instituição e na função**, obteve-se que os trabalhadores com maiores tempos (igual ou superior a 2 anos), possuem uma maior prevalência de DME. Estudo desenvolvido por Pataro e Fernandes (2014), identificou que o tempo de exposição em atividade laboriosa contribui para a ocorrência de DME. Possivelmente, devido ao efeito do trauma cumulativo nos segmentos corporais dos trabalhadores, devido às características das atividades realizadas, os equipamentos. Além disso, nesse mesmo estudo, também foi encontrado que trabalhadores com maior tempo de atividade dentro da empresa e com ensino médio completo tiveram mais lombalgia do que aqueles com menor tempo e maior escolaridade (PATARO; FERNANDES, 2014).

Os trabalhadores de limpeza urbana relataram a ocorrência de DME em pescoço, ombro e dorso, os quais mostraram associação com o tempo de trabalho na empresa. Também foi observado a associação com demandas psicossociais no trabalho, revelando a necessidade de estratégias de intervenção com uma abordagem multifatorial para redução dos DME (PEREIRA, 2008).

Também como explicação plausível para a insatisfação e a ocorrência de DME, têm-se a desvalorização social de seu trabalho, a falta de reconhecimento do grupo e da chefia, relatado pelo esforço em realizar um trabalho eficaz, ocasionando a perda de motivação diante da impossibilidade de terem seus esforços reconhecidos. Os trabalhadores do SHL relatam

que, este reconhecimento ocorre por parte dos pacientes internados e pela equipe de enfermagem (SZNELWAR et al., 2004).

No que tange a relação entre DME e os aspectos relacionados aos hábitos e saúde, os **ex-tabagistas** apresentaram maior prevalência de DME (74,1%;  $p>0,05$ ). Estudo com trabalhadores de Salvador identificou a lombalgia como a DME mais frequente entre os ex-tabagistas (19,7%) (ALMEIDA et al., 2008). Os indícios prováveis da relação entre tabagismo e dor lombar pode estar relacionado aos componentes do cigarro alterarem o pH e a nutrição dos discos intervertebrais predispondo, conseqüentemente, a herniações. Também, pelo consumo de cigarros estar relacionado com a diminuição da resistência dos músculos responsáveis pela estabilização da coluna lombar, predispondo à dor. É possível, ainda, que a nicotina afete o sistema nervoso central, interferindo na percepção da dor (ALMEIDA et al., 2008).

O aumento do IMC foi acompanhado pelo aumento da prevalência de DME ( $p>0,05$ ). Os trabalhadores com **sobrepeso ou obesos (74,5%)** obtiveram maior prevalência de DME. Em estudo de Silva; Fassa; Valle (2004), a obesidade esteve associada a alterações musculoesqueléticas, especialmente a dor lombar. Como explicações, têm-se que o sobrepeso causa desequilíbrio biomecânico do corpo, altera a gravidade e aumenta o recrutamento da musculatura antigravitacional, podendo assim promover o aparecimento das dores lombares.

O uso de **bebida alcoólica** não apresentou associação significativa com a DME. No entanto, 70,6% dos trabalhadores, que ingerem algum tipo de bebida alcoólica, relataram sentir DME. De acordo com Mabuchi et al. (2007), o uso de bebida é considerado como um mecanismo de fuga para diminuir a sobrecarga de trabalho e do sofrimento mental e emocional. Os autores sinalizam que se o trabalhador tem o estresse diminuído, conseqüentemente reduz a sua percepção de dor. Além disso, a bebida alcoólica age como relaxante, fazendo com que não haja contração muscular mantida, que poderia levar ao desenvolvimento de DME (SILVA; FASSA; VALLE, 2004).

Também aqueles que **utilizam medicações (76,3%)** relataram maiores prevalências de DME. Entre os motivos de utilização de medicações, estudo de Pereira (2008), identificou a prevalência de hipertensão arterial (25,5%), obesidade (23,5%) e distúrbios emocionais (15,3%). Contudo, as demais variáveis não evidenciarem diferença estatística significativa entre os grupos avaliados e DME ( $p>0,05$ ).

### **5.3 Considerações acerca da Qualidade de vida dos trabalhadores do SHL, através do Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36).**

Em todos os domínios do instrumento SF-36 os escores se mantiveram acima de 70, considerado satisfatório, similar ao estudo de Martarello e Benatti (2009). O melhor escore de QV foi observado no domínio “Capacidade Funcional”, que analisa a presença e extensão de limitações relacionadas a capacidade física dos trabalhadores (MARTARELLO; BENATTI, 2009). Esse domínio está relacionado à aptidão física dos trabalhadores para a realização de atividades diárias e a capacidade para superar os desafios e o estresse (ROCHA; FERNANDES, 2008). Assim, este estudo sugere uma boa aptidão física relatada pelos trabalhadores do SHL, também evidenciada pelo escore elevado no domínio “Aspectos físicos”.

Embora as atividades executadas pelos trabalhadores do SHL exijam esforços físicos repetitivos e repentinos ao realizarem levantamento e transporte de peso, além de posturas de trabalho inadequadas (ANDRADE; MONTEIRO, 2007), os resultados deste estudo demonstram que os trabalhadores do SHL não observam limitações físicas significativas para exercerem suas atividades laborais. Os escores elevados nas dimensões “Capacidade funcional” e “Aspectos físicos” sinalizam que há desempenho de todos os tipos de atividades físicas, incluindo as mais vigorosas, sem limitações na saúde; sem problema com o trabalho ou outras atividades diárias (MARTARELLO; BENATTI, 2009).

A boa aptidão física dos trabalhadores do SHL, para a realização das tarefas laborais, evidenciada neste estudo, vão ao encontro do estudo de Beltrame et al. (2014), que, ao ser analisado a capacidade para o trabalho nessa população, obteve que 79,6% estavam em boa/ótima capacidade.

Em contrapartida, estudo com a equipe de limpeza de uma Universidade, obteve que 100% dos trabalhadores avaliados relataram alguma incapacidade na realização das atividades laborais diárias, devido a lombalgia. Dentre elas, destacam-se a dificuldade para levantar, correr um quarteirão, curvar-se durante a limpeza e transportar materiais pesados (GLÓRIA; GONZALES, 2009). Para Bento, Paiva e Siqueira (2009), a capacidade funcional permanece como fator determinante para a QV do trabalhador, ou seja, a QV é influenciada diretamente pela habilidade do indivíduo em realizar as atividades diárias.

No entanto, a medida que os piores escores de QV foram relativos ao domínio “Estado Geral de Saúde”, “Dor” e “Vitalidade”, percebe-se uma contradição por parte dos

trabalhadores. Isso porque, conforme a definição do domínio no instrumento SF-36, esses três domínios refletem a percepção do trabalhador sobre sua saúde como pobre e acredita que irá piorar, relatam sentir a dor como severa e limitante, além da sensação de cansaço e esgotamento durante todo o tempo (CICONELLI, 1999).

Estudo de Martarello; Benatti (2009) também identificou menores escores nos três domínios do SF-36 citados acima. Dentre as condições de trabalho que podem repercutir nos trabalhadores possuem baixos escores nos domínios “Dor” e “Vitalidade”, há a forte pressão e sobrecarga de tarefas (SZNELWAR et al., 2004), o ambiente com boas condições de trabalho e a assistência à saúde, tanto para o funcionário como para família (MARTARELLO; BENATTI, 2009). Além disso, os fatores como: ritmo acelerado de trabalho, posições da cabeça e braços inadequadas e incômodas e longos períodos de concentração em uma mesma tarefa contribuíram para a diminuição da vitalidade em professores (DELCOR et al., 2004).

Observou-se uma pequena correlação entre DME e o domínio “Aspectos emocionais” do SF-36. Portanto, esse aspecto não pode ser despercebido, tendo em vista que a DME pode refletir outros fatores, de origem emocional, como o estresse (PEREIRA, 2011) e psicossociais, como o trabalho monótono e baixo potencial de promoção (CHARLES; LOOMIS; DEMISSI, 2009). Destaca-se, ainda, que os dados relativos à percepção da QV merecem atenção por parte da instituição e dos próprios trabalhadores do SHL.

#### **5.4 Avaliação da relação entre os fatores sociodemográficos, laborais, hábitos, de saúde, qualidade de vida e dor musculoesquelética.**

Dentre todas as associações do domínio “**Capacidade funcional**” e as variáveis de interesse, observam-se associações significativas com o “uso de medicação” e a “DME”, ambas com  $p$  valor = 0,000. A primeira associação significativa pode ser elucidada devido os distúrbios musculoesqueléticos constituírem o segundo diagnóstico médico prevalente (15,9%), os quais, geralmente, necessitam de tratamento medicamentoso para analgesia.

Em concordância, estudo de Andrade, Monteiro (2007) encontrou a prevalência de tendinite, decorrente do trabalho, entre os trabalhadores de limpeza. Identificou-se como fatores de risco para essa DME: condições de trabalho inadequadas, como a execução de tarefas repetitivas, esforço físico contínuo e uso de produtos químicos para a limpeza, sendo necessário o tratamento medicamentoso para alívio dos sintomas, com conseqüente redução

na capacidade funcional desses trabalhadores (ANDRADE; MONTEIRO, 2007). Todavia, conclui-se que os trabalhadores com maior número de doenças e que necessitam utilizar medicações, tendem a ter a capacidade para o trabalho diminuída (ANDRADE; MONTEIRO, 2007).

Ao realizar a comparação com a faixa etária e as médias dos domínios do instrumento SF-36 ( $p$  valor=0,449), observou-se que trabalhadores jovens, com idade entre 19 e 34 anos, apresentaram maiores médias no domínio “Capacidade funcional”. Ao contrário, obteve-se uma diminuição gradativa da capacidade funcional no grupo de maior idade, ou seja, de 45 a 60 anos. Logo, considera-se que os trabalhadores do SHL, com maior idade, encontram-se há mais tempo no mercado de trabalho que os mais jovens, além de não possuírem qualificação e, em trabalhos anteriores, realizavam atividades que também exigiam demanda física. Contudo, o processo de envelhecimento e as condições de trabalho estão relacionados com a diminuição da capacidade funcional desses trabalhadores (ANDRADE; MONTEIRO, 2007).

No domínio relacionado ao “**Estado geral de saúde**” dos trabalhadores investigados, obteve-se relação estatística significativa com as variáveis situação conjugal ( $p$  valor=0,039), turno de trabalho ( $p$  valor=0,040), tempo para lazer ( $p$  valor=0,001) e DME ( $p$  valor= 0,000). Logo, o estado de saúde, relatado pelos trabalhadores, possui interferência de questões extra-ocupacionais, como o tempo destinado para o lazer. Este resultado pode repercutir na prevalência de morbidades entre tais indivíduos, refletindo em afastamento do trabalho (ROCHA; FERNANDES, 2008).

Em relação ao domínio “**Aspectos sociais**”, que engloba a interação familiar, com amigos e com a comunidade (CICONELLI et al.,2009), obteve-se a relação estatística significativa com tempo para lazer ( $p$  valor=0,003) e DME ( $p$  valor=0,009). Essa correlação evidencia que os trabalhadores do SHL que deixam de frequentar eventos sociais, tais como: sair com a família, amigos e outros, devido à dor que o desestimula e para preservar-se para as atividades laborais diárias, possuem interferência nos aspectos sociais da QV (MAIA; FERREIRA; CARVALHO, 2009). Tal situação pode pressupor que este trabalhador tenha comprometimento na qualidade do sono, no humor e nas relações afetivas (MAIA; FERREIRA; CARVALHO, 2009).

Os trabalhadores, com idade entre 45 a 60 anos, com um filho, com tempo para lazer e com ausência de DME, obtiveram maiores médias no domínio “**Saúde mental**”. Isso demonstra que os trabalhadores do SHL, com essas características, apresentaram-se com perspectivas positivas, no que diz respeito a sentir-se alerta e ativo, capaz de realizar atividades diárias e com esperança para o futuro (MAIA; FERREIRA; CARVALHO, 2009).

Estudo de Andrade; Monteiro (2007), com trabalhadores de limpeza, evidenciou que as 92,7% dos trabalhadores de limpeza consideraram suas exigências mentais como “muito boa” e “boa”. Esses resultados sinalizam que, embora os trabalhadores do SHL, realizem predominantemente atividades com altos esforços físicos, a capacidade laboral relacionada a saúde mental não encontra-se prejudicada e há uma perspectiva do futuro positiva entre esses trabalhadores.

Também foi evidenciado que os trabalhadores do SHL com maior idade, entre 45 a 60 anos, apresentaram maiores médias nos demais domínios de QV, exceto “Capacidade funcional” e “Aspectos sociais”. Estudo de Rocha; Fernandes (2008) aponta que os mais idosos apresentaram melhor avaliação da QV. Portanto, isso leva a reflexão de que o avançar da idade possui maior comprometimento no aspecto mental dos trabalhadores (ROCHA; FERNANDES, 2008), evidenciado pela associação significativa entre idade e os domínios “Aspectos emocionais” e “Saúde mental”.

Este estudo evidenciou que o trabalhador que não destina tempo para lazer possui redução em todos os domínios da QV, exceto na “Capacidade funcional”. Em relação à capacidade para o trabalho, verificou-se que a falta de tempo para o lazer manteve-se associada à redução da capacidade laboral (BELTRAME et al., 2014).

O trabalhador que desenvolve jornadas duplas de trabalho, em sua maioria desgastante, com posturas repetitivas e que não dispõe de tempo para lazer, configura-se um indivíduo tenso, preocupado, cansado, cujos aspectos emocionais propiciam que sofra redução na sua aptidão física e, conseqüente, capacidade funcional (MAIA; FERREIRA; CARVALHO, 2009).

Contudo, obteve-se diferença estatística significativa para os trabalhadores que relataram DME e todos os domínios da QV. Com esse resultado, pode-se inferir que a DME constitui-se como um aspecto limitante em todos os domínios da QV e, quem apresentou DME, terá sua qualidade de vida provavelmente comprometida. Nesse sentido, a dor não acomete somente o corpo físico do trabalhador, mas sim repercute na QV em suas várias dimensões, como família, trabalho e lazer (MAIA; FERREIRA; CARVALHO, 2009).

## **5.5 – Considerações sobre a correlação entre a Qualidade de vida e dor musculoesquelética.**

Os resultados ratificaram a hipótese de que os trabalhadores com maior prevalência de DME possuem menores escores nas dimensões da QV e vice-versa. Tendo em vista o conceito de QV, entende-se que quanto pior a percepção de saúde do indivíduo, maior é a ocorrência de doenças e morbidades, dentre elas está a DME (FERREIRA et al. 2011).

Em todos os domínios da QV identificou-se correlação significativa com a DME. Os domínios com maior correlação com a DME foram: Vitalidade e Capacidade Funcional, corroborando estudo realizado por Bento; Paiva; Siqueira (2009).

A DME provoca impacto desfavorável na “**Vitalidade**” dos trabalhadores. De acordo com Walsh et al. (2004), a dor pode interferir nas atividades diárias de até dois terços das pessoas, especialmente na capacidade de realizar exercícios, praticar esportes, desempenhar tarefas da vida diária, bem como executar atividades no ambiente de trabalho.

No que tange ao domínio “**Capacidade funcional**”, tal associação deve-se a tendência de precisar diminuir o ritmo de trabalho, devido sentirem desconforto ou dor para execução das tarefas cotidianas (ANDRADE; MONTEIRO, 2007). Como exemplo, a dor lombar está relacionada com a limitação da capacidade funcional dos trabalhadores, uma vez que pode limitar parcial ou temporariamente e, muitas vezes de forma recorrente suas atividades laborais (BENTO; PAIVA; SIQUEIRA, 2009).

Já no domínio “**Aspectos físicos**”, é reforçado o fato de que problemas na saúde física, especialmente a DME, interferem na QV dos trabalhadores do SHL. Como consequências, as atividades de limpeza podem ser prejudicadas, ocasionando maior número de faltas no trabalho e maior desinteresse na realização do trabalho (ROCHA; FERNANDES, 2008). Ao compararmos as exigências físicas com a capacidade para o trabalho, nessa população, estudo de Beltrame et al. (2014) obteve maior percentual (44,4%) de trabalhadores que classificaram como boa.

Durante a coleta de dados desta pesquisa, foram feitos auto-relatos pelos trabalhadores do SHL com relação aos sintomas de DME, que merecem atenção especial. Como exemplos, eles relataram sensação de formigamento dos membros superiores e inferiores, dor cervical e lombar esporádica, com interferência em suas atividades diárias, tanto domésticas como laborais.

A associação da DME com o aspecto “**Saúde mental**”, pode ser elucidado devido a dor encontrar-se relacionada à incapacidade, contribuindo para a ocorrência de depressão, crenças de medo e propiciando o desenvolvimento de uma condição de incapacidade, emocional e física, prolongada com restrição nas atividades de vida diárias e laborais (BENTO; PAIVA; SIQUEIRA, 2009).

Os “**Aspectos Emocionais**” obtiveram uma pequena correlação com a ocorrência de DME em trabalhadores do SHL. No entanto, esse aspecto também deve ser considerado, por desencadear e ou agravarem as dores de origem musculoesquelética (TEIXEIRA, 2006). Todavia, os sintomas são geralmente a primeira apresentação de uma doença, destaca-se que eles podem refletir outros fatores, como o estresse psicológico, relatado por eles devido a sobrecarga de tarefas e instabilidade no emprego, entre outras funções (PEREIRA, 2008).

Salienta-se que as exigências psicossociais, muitas vezes, não estão de acordo com características humanas, nas áreas operacionais e executivas, o que gera uma grande demanda de movimentos repetitivos, insuficiência de pausas, necessidade de permanecer em determinadas posições por tempo prolongado, atenção para se evitar falhas, além de móveis, aparelhos e utensílios que não propiciam conforto (BRASIL, 2012).

Em estudo de Silva et. al (2010), verificou-se que 15,3% dos entrevistados relataram possuir distúrbio emocional leve/severo diagnosticado pelo médico. Os trabalhadores do SHL, apesar de não trabalharem diretamente com o doente, vivenciam a dor e o sofrimento diariamente, sendo suas atividades consideradas como uma das mais desgastantes dentro desta organização.

Nesse contexto, ao analisarmos os domínios relativos a QV e a relação com a DME, torna-se possível avaliar a forma com que sentir DME influencia a vida dos trabalhadores do SHL e limita suas atividades laborais diárias.

Torna-se importante a realização da educação em saúde, por parte dos enfermeiros gestores, sobre prevenção da DME e das implicações na QV. No entanto, estudo de Monteiro; Chillida; Bargas (2004), com trabalhadores terceirizados do serviço de limpeza de um hospital público, verificou que nos treinamentos não são abordados os temas como postura corporal no ambiente de trabalho e a utilização correta de equipamentos de trabalho, como vassouras e baldes. Em contrapartida, a ênfase ocorre nos temas de contaminação no ambiente hospitalar e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (MONTEIRO; CHILLIDA; BARGAS, 2004).

Contudo, a DME e as implicações na QV dos trabalhadores do SHL merece uma avaliação completa, de modo que contribua para o diagnóstico e para o planejamento de programas preventivos. Acredita-se que este estudo tenha resultado em uma contribuição em direção a um melhor entendimento de determinadas variáveis relacionadas a ocorrência de DME e em quais aspectos ela influencia a QV dos trabalhadores abordados.

## CONCLUSÕES

A prevalência de dor musculoesquelética, obtida com a aplicação do questionário de Jensen, Karoly e Braver (1986), mostrou-se significativa nos últimos sete dias (70,1%). Destaca-se, ainda, que 25,5% (N=40) sentem DME de intensidade forte e insuportável. Esses resultados demonstram que os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza exercem suas atividades laborais na presença de sintomas consideráveis.

Entende-se que os altos escores, encontrados neste estudo, obtidos nos domínios de avaliação da qualidade de vida (SF-36), devem-se ao fato de ser um instrumento genérico, que não avalia qual o comprometimento específico na qualidade de vida, decorrente do trabalho executado pelo Serviço Hospitalar de Limpeza. O melhor escore do instrumento foi obtido no domínio “Capacidade Funcional”. Isso sinaliza que, embora as atividades executadas por esses trabalhadores exijam alta demanda física e posturas de trabalho inadequadas, eles relatam boa aptidão física para realização das tarefas laborais.

Obteve-se que os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, com maior prevalência de dor musculoesquelética, possuem menores escores nos domínios da qualidade de vida e vice-versa. Os domínios com maior correlação com a dor musculoesquelética foram: “Vitalidade” e “Capacidade Funcional” e, a menor correlação, obtida nos “Aspectos Emocionais”. Embora não seja possível relacionar diretamente os aspectos emocionais do trabalho como causa de dor musculoesquelética, a partir dos resultados deste estudo, devido a limitação inerente aos estudos transversais, torna-se importante que esses aspectos não sejam esquecidos na avaliação da dor musculoesquelética.

Para minimizar o viés de informação, na coleta de dados a pesquisa foi apresentada aos sujeitos pesquisados, como referente às suas condições de saúde. Também o instrumento que avaliaria a dor musculoesquelética estava nas seções finais do questionário.

A caracterização dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza tornou-se necessária na medida em que os enfermeiros, em grande parte das empresas limpadoras, assumem como uma de suas atribuições, o gerenciamento do processo de trabalho. Com isso, buscam a garantia da qualidade do serviço prestado por essas empresas, além de serem responsáveis pelo processo de educação continuada junto a esses trabalhadores.

Nesse contexto, este estudo aponta a importância da educação permanente como ferramenta de promoção e prevenção de saúde dos trabalhadores. Ao reportarmos para a realidade dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza, torna-se imprescindível a

abordagem de temas como postura corporal no ambiente de trabalho, como na utilização de vassouras e baldes na altura ideal, bem como a utilização correta de equipamentos de limpeza. Portanto, torna-se necessário ampliar o papel do enfermeiro, que além de realizar a gerência desses trabalhadores, direciona, também, sua atenção à saúde do trabalhador e às suas condições de saúde, advindas do processo de trabalho.

As atividades de limpeza e desinfecção de superfícies, em serviços de saúde, são elementos primários e eficazes nas medidas de controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções. Assim, destinar atenção aos trabalhadores de limpeza é, na verdade, uma contribuição para todos os profissionais que trabalham na área da saúde, visto que a assistência de saúde somente será efetiva se for realizada em um ambiente limpo e seguro.

Como limitações do instrumento utilizado, neste estudo, para a avaliação da dor musculoesquelética, têm-se que o mesmo avalia a intensidade da dor e não o segmento corporal acometido pelo trabalhador. Somado a isso, com esse instrumento não é possível identificar os fatores associados a ocorrência de dor musculoesquelética, o que seria relevante para a elaboração de medidas eficazes de promoção e prevenção à saúde.

Com relação ao instrumento SF-36, o mesmo mostrou-se adequado para a avaliação da qualidade de vida na população estudada. No entanto, estudos transversais, como o realizado, impossibilitam a associação causal, pois apenas sugerem a inter-relação entre as condições de saúde auto-referidas, a qualidade de vida e a situação de trabalho, cuja temporalidade só poderá ser avaliada em outros tipos de estudos.

Constatada a lacuna de estudos sobre dor musculoesquelética, em trabalhadores de limpeza hospitalar do Rio Grande do Sul, este trabalho pode contribuir para o conhecimento da abrangência desse agravo na população. Mostrar esse problema pode representar um passo no sentido da redução da dor musculoesquelética entre trabalhadores do SHL.

Os resultados apresentados são relevantes e confirmam a necessidade de outros estudos. Contudo, sugere-se que os novos estudos sejam realizados com ampliação do tamanho da amostra; com desenho longitudinal e emprego de instrumento específico para avaliação da localização da dor musculoesquelética, o que, certamente, contribuirá para maior conhecimento das relações entre dor musculoesquelética e qualidade de vida dessa população.

Também sugere-se a elaboração de novos estudos que avaliem a dor musculoesquelética, qualidade de vida, somado a capacidade para o trabalho, logo na admissão do trabalhador de limpeza na empresa, o que possibilitaria a comparação em anos subsequentes. Na admissão do trabalhador, torna-se possível a identificação precoce daqueles que necessitarão de intervenções e medidas de apoio dos Serviços de saúde do trabalhador,

sendo possível a elaboração de medidas de promoção e de prevenção para os demais trabalhadores e sem necessariamente apresentarem danos físicos e/ou emocionais, que resultem na posterior queda da produtividade destes funcionários.

À sociedade acadêmica, torna-se fundamental conhecer a respeito de problemas ocupacionais que influenciam a vida de certas categorias profissionais, por vezes esquecidas, como os trabalhadores de limpeza. Após conhecer esses problemas, torna-se possível que as universidades planejem, organizem e desenvolvam projetos com vistas à prevenção e promoção da saúde, de acordo com as especificidades de cada profissão. Com isso, os acadêmicos saberão como e o quanto eles podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida de um grupo de trabalhadores tão próximos, partindo de conhecimentos adquiridos na graduação.

Ao identificarmos que a dor musculoesquelética está vinculada ao trabalho, os programas de prevenção precisam priorizar este aspecto. Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre as questões de organização do trabalho na instituição, além do planejamento de ações de promoção e prevenção a saúde, com atuação de equipe interdisciplinar, a fim de prevenir a ocorrência de dor musculoesquelética e minimizar as implicações na qualidade de vida dos trabalhadores.

Nesse sentido, pensar na saúde dos trabalhadores de higiene e limpeza requer olhar a centralidade do trabalho, ou seja, sua organização e suas condições. Torna-se necessário considerar o ambiente hospitalar como um local que também precisa destinar atenção para “cuidar” da saúde de seus trabalhadores, independente da categoria profissional que pertencem.

Acredita-se que este estudo tenha resultado em uma contribuição em direção a um melhor entendimento de determinadas variáveis relacionadas à ocorrência de dor musculoesquelética e em quais aspectos ela influencia a qualidade de vida dos trabalhadores pesquisados. A abordagem dos trabalhadores de limpeza hospitalar, além de ser um desafio para a atuação do enfermeiro, poderá ser um espaço de inovação da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, N. **O contexto da qualidade de vida no trabalho terceirizado**. 2011. 212f. Dissertação (Mestrado em Administração), Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). **Segurança do paciente em serviços de saúde. Limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: ANVISA, 2010.

ALMEIDA, I. C. G. B. et al. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.43, n.3, p. 96-102, 2008.

ANDRADE, C. B.; MONTEIRO-COCCO, M. I. **Trabalho, envelhecimento e qualidade de vida: relatório final de iniciação científica**, Campinas, Unicamp; 1999.

ANDRADE, C.B.; MONTEIRO-COCCO, M.I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev.Esc. Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.02, p. 237-44, 2007.

Associação Brasileira de Self Healing (ABSH). **Cálculo do escore do questionário SF-36**. Disponível em [http://www.absh.org.br/pesquisas/index/23/Calculo\\_do\\_Escore\\_do\\_Questionario\\_SF\\_36](http://www.absh.org.br/pesquisas/index/23/Calculo_do_Escore_do_Questionario_SF_36) Acesso em 22 de agosto de 2014.

BELO, E.F. **Qualidade de vida no trabalho dos garis da área central de Belo Horizonte**. 2009. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, Pedro Leopoldo, Minas Gerais, 2009.

BELTRAME, M.T. et al. Capacidade para o trabalho no serviço hospitalar de limpeza e fatores associados. **Rev Gaúcha Enferm**, v.35. n.4, 2014.

BENTO, A.A.C.; PAIVA, A.C.S.; SIQUEIRA, F.B. Correlação entre incapacidade, dor – Roland Morris, e capacidade funcional – SF-36 em indivíduos com dor lombar crônica não específica. **E-scientia**, v.2, n.1, 2009.

BISQUERRA R.; SARRIERA, J.C.; MARTÍNEZ, F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Ed Artmed, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução N° 466/2012, de dezembro de 2012. Brasília: CNS, 2013.

BRASIL. **Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para funcionamento, promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF), 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução normativa INSS/DC n° 98, de 05 de dezembro de 2003**. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-DORT. Brasília (DF), 2003.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2012. Disponível em: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3\\_081014-105206-701.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf)>. Acesso em: 20 agosto 2014.

BRASIL. Portaria n.º 3908/GM, de 30 de outubro de 1998 - **Norma Operacional de Saúde do Trabalhador** NOST-SUS. DOU n° 215-E, Seção 1, pág. 17, de 10.11.98.

CAMADA, I.M.O.; PATARO, S.M.; FERNANDES, R.C. Heavy physical work under time pressure: the garbage collection service- a case study. *Work*, v.41, n.1, p. 462-69, 2012.

CARDOSO, J. P. et al. Prevalência de dor musculoesquelética em professores. *Rev. bras. epidemiol.*, v.12, n.4, p. 604-614, 2009.

CICONELLI, R.M.R. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira Reumatologia*, v. 39, p.143 -50, 1999.

CHARLES, L.E.; LOOMIS, D.; DEMISSIE, Z. Occupational hazards experienced by cleaning workers and janitors: a review of the epidemiologic literature. *Work*, v. 34, n.1, p. 105-16, 2009.

CHILIDA, M. S. P.; COCCO, M. I. M. Saúde do trabalhador e terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. *Rev Lat Am Enfermagem*, v.12, n.2, p.271-6, 2004.

CROMBIE, I. K. et al. **Epidemiologia da Dor Musculoesquelética**. Epidemiology of pain. Seattle: IASP Press; 1999.

DELCOR, N.S et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 20, p. 187-96, 2004.

FERREIRA, G.D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 15, n. 1, p. 31-6, 2011.

FIELD, A. **Descobrimo a Estatística usando o SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, p.688, 2009.

FLECK, M.P.A et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n.2, p. 198-205, 1999.

FONSECA, F.A.C. et al. A saúde de quem cuida da saúde: trabalho de enfermagem e qualidade de vida. **CuidArte Enferm**, v.2, n.1, p.30-38, 2008.

GARCIA, M.L.B.; CALICH, I. **Artrites e artralguas**. Semiologia clínica. São Paulo: Savier; p. 566-74, 2002.

GLÓRIA, I.P.S.; GONZALES, T.O. Incapacidade por lombalgia em trabalhadores do Setor de limpeza da universidade de Mogi das Cruzes. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.8, n. 22, 2009.

GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M.C.; CORRÊA FILHO, H. R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.5, p. 608-613, 2003.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2009. Disponível em: <<http://www.iasp-ain.org/am/amtemplate.cfm?section=home,home&contentid=10093&section=home,home&template=/cm/contentdisplay.cfm>> Acesso em 14 de agosto de 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais e Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 28 de outubro de 2014.

JENSEN, M.P.; KAROLY, P.; BRAVER, S. **The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods**. *Pain*, v. 27, n. 1, p. 117-26, 1986.

LEÃO, E.R.; SILVA, M.G.P. Música e dor crônica músculo-esquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v.1, 2004.

LEON, E. B.; ALMEIDA, A. R. Academicvs. **Rev. Científica de Negócios e Tecnologia** - v. 2, n.1, p. 01-07, 2011.

LIMA, M. **Quando o trabalho adocece**. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v.4, n.5, p 22-23, 2007.

MABUCHI, A.S. et al. Uso de bebidas alcoólicas por trabalhadores do serviço de coleta de lixo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.3, 2007.

MAGNAGO, T.S.B.S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, 2010.

MAIA, M.S.; FERREIRA, M.S.; CARVALHO, N.M. **Análise de fatores de risco para dores osteomioarticulares em trabalhadores do setor de limpeza da universidade da amazônia: uma correlação com a qualidade de vida**. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade da Amazônia, Belém, 2009.

MARTARELLO, N.A. **Aspectos da qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital municipal**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

MARTARELLO, N.A.; BENATTI, M.C.C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.2, 2009.

MARTINS, M.M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 84 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) –Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.6, p. 1667-76, 2013.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. **J Biol Res**; v.16, n.1, p. 215-8, 1983.

MEDRONHO, R.A et al. **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009.

MENDES, R.; DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Rev Saúde públ., S.Paulo, v.25, n.1, p. 341-9, 1991.

MIHALIUC, T.M. **Qualidade de Vida no Trabalho: Avaliação do Nível de Satisfação dos Coletores de Lixo na Área Metropolitana de Fortaleza**. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade de Fortaleza, Ceará, 2001.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência saúde coletiva**, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, M.I.; CHILLIDA, M.S.P.; BARGAS, E.B. Educação continuada em um serviço terceirizado de limpeza de um hospital universitário. **Rev Lat Am Enferm**; v.12, n.3, p. 541-8, 2004.

OSÓRIO, C.A. CAT: o trabalhador como protagonista do acidente de trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.11, n.1, p.111-2, 2008.

PATARO, S.M.S. **Lombalgia em trabalhadores de limpeza urbana**. 154 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

PATARO, S.M.S.; FERNANDES, R.C.P. Trabalho físico pesado e dor lombar: a realidade na limpeza urbana. **Rev Bras Epidemiol**, p.17-30, 2014.

PEREIRA, J.C.S. **Qualidade de vida dos catadores de materiais recicláveis da ACMR: um estudo etnográfico**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale do Itajaí. Biguaçu, 2008.

PESSINI, L. **Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar**. Rev Bioética N5, 2002.

PIMENTA, F.A.P et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc Med Bras**, v.54, n.1. p.55-60, 2008.

RAVAGNANI , I.L.M. **Avaliação da prevalência de desconforto físico, e percepção da qualidade de vida nos funcionários de uma Instituição de Ensino Superior**. 2011. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Faculdade de Fisioterapia, Universidade de Franca, São Paulo, 2011.

REPULLO, R. **Os sindicatos, a terceirização e a saúde dos trabalhadores.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v.23, p. 79-82, 1997.

ROCHA, C. **Análise ergonômica da equipe de limpeza de uma universidade particular.** 2003. 101 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Engenharia)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

ROCHA, V.M.; FERNANDES, M.H. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. **J. bras. psiquiatr.** v. 57, n.1, p. 23-27, 2008.

SANTOS, M.C.O et al. Desregulamentação do trabalho e desregulação da atividade: o caso da terceirização da limpeza urbana e o trabalho dos garis. **Produção**, v.19, n.1, p. 202-13, 2009.

SCHULTZ, J.C.P. **Qualidade de Vida dos catadores de materiais recicláveis da ACMR: um estudo etnográfico.** Dissertação de mestrado, 2008. Universidade do Vale do Itajaí.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 580-588, 2004.

SILVA, M.C. **Trabalho e saúde dos catadores de materiais recicláveis em uma cidade do Sul do Brasil.** Tese (Doutorado em Medicina). Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Medicina. Programa de pós-graduação em epidemiologia. Pelotas, 2006.

SILVA, M.C.; FASSA, A.C.; VALLE, N.C.J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad Saude Publica**, v. 20, n.2, p. 377- 85, 2004.

SILVA, L.G. et al. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de higiene e limpeza de um hospital universitário público. **Rev. Eletr. Enf**, v.12, n.1, p.158-63, 2010.

SIQUEIRA, José Tadeu Tesseroli de. **Porque a dor é uma questão também de Saúde Pública!** Disponível em: <http://www.dor.org.br/publico/noticias?id=170>. Acessado em: 24 de janeiro de 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR – SBED. **Ano mundial contra a dor musculoesquelética.** Out 2009.

SZNELWAR, L. I. et al. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. **Produção**, v. 14, n. 3, p. 45-57, 2004.

TALHAFERRO, B.; BARBOZA, D.B.; DOMINGOS, N.A.M. Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização. **Rev. ciênc. méd.**, Campinas, v. 15, n. 6, p. 495-506, 2006.

TEIXEIRA, M.J. **Dor: manual para o clínico**. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

THE WHOQOL GROUP. **Development of the WHOQOL: Rationale and current status**. International Journal of Mental Health, v.23, n.3, p. 24-56, 1994.

TOUNTAS, Y. et al. Relationship between basic protective health behaviours and health related quality of life in Greek urban hospital employees. **Int J Public Health.**, v.52, n.6, p.341-7, 2007.

TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Tradução de F. M. Fischer. Helsinki: Instituto de Saúde Ocupacional, 2005.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C.D: The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, n. 30, p. 473-483, 1992.

WHALSH, I.A.P et.al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo esquelética crônicas. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.2, p. 149-156, 2004.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice A - Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança de Dados.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Título do projeto:** “AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA”.

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

**Telefone para contato:** (55) 3220 8029

**Local da coleta de dados:** Hospital Universitário XXXX

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos trabalhadores cujos dados serão coletados por intermédio de questionários. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução deste projeto e comporão um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Centro de Ciências da Saúde/UFSM, prédio 26, sala 1339, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Profa. Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago. Após este período, os dados serão destruídos (incinerados). O seu nome não será divulgado e você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, em qualquer forma.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 26 de fevereiro de 2013, com o número do CAAE 3106313.1.0000.5346.

Santa Maria, 15 de janeiro de 2013.

---

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1 – Autorização para utilização do Banco de Dados.**

Eu, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Enfermeira, Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa “Avaliação das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza”, aprovado pelo Comitê de Ética desta Universidade (CAAE: 13106313.1.0000.5346), em fevereiro de 2013, realizado no Hospital Universitário de Santa Maria, **autorizo** Emanuelli Mancio Ferreira da Luz, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, a utilizar o banco de dados da pesquisa supracitada em sua dissertação de mestrado.

Santa Maria, 28 de março de 2014.

---

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago  
Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem/ UFSM  
Coordenadora do projeto

## Anexo 2 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



associação entre as variáveis de estudo, mediante a utilização de testes paramétricos ou não-paramétricos de acordo com o tipo de variável e distribuição de normalidade. Nessas associações, adotar-se-á níveis de confiança de 95% (p0,05). Os resultados comporão dissertações de mestrado e Trabalhos de Conclusão de Curso apresentados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Espera-se que o estudo contribua para a construção do conhecimento na área de saúde, saúde do trabalhador, enfermagem e que sirva de subsídios para novas pesquisas relacionadas ao tema.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza de um Hospital Universitário.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

as considerações sobre os riscos e benefícios estão adequadas

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado e tem justificativa científica pautada em literatura atualizada. Apresentam cronograma e orçamento adequados.

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

os termos estão de acordo com a exigências do sistema CEP/CONEP

**Recomendações:**

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

aprovar nova versão do projeto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



SANTA MARIA, 26 de Fevereiro de 2013

Assinador por:  
Félix Alexandre Antunes Soares  
(Coordenador)

**ANEXO 3 – Instrumento de coleta de dados**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PESQUISA SOBRE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES  
DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES  
DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**

(circulação restrita)

**INSTRUÇÕES**

**Para complementar o questionário, pedimos a você para responder  
às perguntas que se seguem.**

**O entrevistador lerá calmamente as questões, informando a você  
todas as opções de resposta.**

**Obrigado pela colaboração!**

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS  
TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**

<b>BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO</b>		
Nome do entrevistador: _____		En__ __
A1. Código do questionário: ____		A1__ __
A2. Data da entrevista: __/__/____		A2__ __ __ __ __ __ __
A3. Local que trabalha: [1] PS [2] CO [3] CC / SRA / CME [4] NUTRIÇÃO [5] TÉRREO / ÁREAS ADMINISTRATIVAS / LABORATÓRIO [6] LAVANDERIA / PATOLOGIA / MANUTENÇÃO / ALMOXARIFADO / FARMÁCIA [7] TÉRREO / AMBULATÓRIOS [8] RX / TOMOGRAFIA [9] HEMODINÂMICA [10] 2º ANDAR [11] 3º ANDAR [12] 4º ANDAR / NEFROLOGIA [13] 5º ANDAR / PNEUMOLOGIA [14] 6º ANDAR [15] UTIS [16] CTMO / CTCRIAC / AMBULATÓRIOS DE QUÍMIO [17] UNIDADE PSIQUIÁTRICA		A3__ __
<b>BLOCO B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>		
B1. Data de nascimento: __/__/____		B1__ __ __ __ __ __ __
B2. Sexo:	[1] Masculino [2] Feminino	B2__
B3. Escolaridade:	[1] Ensino Fundamenta Incompleto [2] Ensino Fundamental Completo [3] Ensino Médio Incompleto [4] Ensino Médio Completo [5] Graduação Incompleta [6] Graduação Completa [7] Pós-Graduação Incompleta [8] Pós Graduação Completa	B3__

B4. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos, preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?	[1] Branca [2] Preto-negra [3] Parda [4] Amarela [5] Indígena	B4__
B5. Situação conjugal:	[1] Casado (a) ou companheira (o) [2] Solteiro (a) ou sem companheira (a) [3] Viúvo (a) /separado ou divorciado	B5__
B6. Número de filhos:	[0] Nenhum [1] Um filho [2] Dois filhos [3] Três filhos [4] Mais de três filhos	B6__ B6a__
B6a. Quantos filhos menores de 6 anos: _____		
B7. No mês passado quanto ganharam, aproximadamente, você e as pessoas que moram com você? (trabalho ou aposentadoria).	Você: R\$ _____ Pessoa 1: R\$ _____ Pessoa 2: R\$ _____ Pessoa 3: R\$ _____ Pessoa 4: R\$ _____ Valor total: R\$ _____	B7__ __ -- __
<b>Preencher com 0000,00 nos casos que ninguém teve renda</b>		
B8. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? (Inclua dependentes que recebem pensão alimentícia) _____		B8__ __

<b>BLOCO C – PERFIL PROFISSIONAL</b>		
<b>As questões que seguem se referem ao seu trabalho NESTA instituição.</b>		
C1. Qual seu turno de trabalho?	[1] Manhã [2] Tarde [3] Noite	C1__
C2. Há quanto tempo trabalha nesse turno?	[2a]__ __ Mês (es) [2b]__ __ Ano(s)	C2a__ __ C2 b__ __
C3. Carga horária semanal de trabalho no HUSM:	__ __ Horas	C3__ __
C4. Tempo de trabalho nesta Instituição:	[C4a]__ __ Mês (es) [C4b]__ __ Ano(s)	C4a__ __ C4b__ __
C5. Na <u>maior parte do tempo</u> o número de pessoas na escala de trabalho é:	[1] Suficiente [2] Insuficiente	C5__
C6. Qual a sua função?	[1] Servente de limpeza [2] Auxiliar de limpeza de materiais	C6__
C7. Qual o tempo de trabalho nessa função?	[C7a]__ __ Mês (es) [C7b]__ __ Ano(s)	C7a__ __ C7b__ __ C7c__ __
C7 c. Já trabalhou em outros setores no HUSM? Quais? _____		
C9. Você tem tido tempo para o lazer?	[0] Não [1] Sim [2] Às vezes	C9__
C10. Possui outro emprego:	[0] Não [1] Sim	C10__
<b>*Se a resposta for Não, pule para a questão C13.</b>		
C11. Carga horária semanal desse outro emprego:	__ __ Horas	C11__ __
C12. Tempo total de trabalho no outro emprego:	[a]__ __ Mês (es) [b]__ __ Ano(s)	C12a__ __ C12b__ __
C13. Você faz horas extras, no HUSM ou no outro emprego:	[0] Não [1] Sim	C13__
<b>*Se a resposta for Não, pule para a questão C15.</b>		
C14. Se você respondeu que sim, quantas horas extras você faz, em média, por mês?	__ __ Horas	C14__ __

C15. Você recebe treinamentos, e/ou cursos de capacitação?	[0] Não [1] Sim [2] Às vezes	C15 __
C 16. Qual o percentual que corresponde ao seu grau de satisfação com a sua remuneração. 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		C18 __ __
<b>BLOCO D - PERFIL DE SAÚDE</b>		
D1. Você fuma?	[0] Não, nunca fumei. <b>Pule para a questão D4</b> [1] Sim, fumo. <b>Pule para a questão. D3</b> [2]. Fumei, mas parei. <b>Pule para a questão D2</b>	D1__
D2. Há quanto tempo você parou de fumar?	[a] __ __ Mês (es) [b] __ __ Ano (s)	D2 a__ __ D2b __ __
D3. Número de cigarros consumidos por dia _____		D3 __ __ __
<b>As questões D4 a D7 estão relacionadas ao consumo de bebida alcoólica.</b>		
D4 - Você consome algum tipo de bebida alcoólica	[0] Não [1] Sim	D4__
<b>Se a resposta for negativa pule para D9</b>		
D5. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	[0] Não [1] Sim	D5__
D6. Você se sente chateado (a) consigo mesmo (a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica? [0] Não	[1] Sim	D6__
D7. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?	[0] Não [1] Sim	D7 __
D8. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã, para diminuir o nervosismo ou ressaca?	[0] Não [1] Sim	D8 __
D9. Você faz uso de droga?	[0] Não [1] Sim	D9 ---
D10. Qual? _____		D10 __
D11. Qual a sua altura?	__ __ __ cm	D11 __ __ __
D12. Qual sua circunferência Abdominal?	__ __ __ cm	D12 __ __ __
D13. Faz uso de alguma medicação (qualquer tipo de medicação)?	[0] Não [1] Sim	D13 __
D14. Se sim, qual? _____		D14 __ __
D15. O uso da medicação foi por indicação:	[1] Médica [2] Conta própria	D15 __
D16. No último ano, precisou de atendimento médico?	[0] Não [1] Sim	D16 __
D17. No último ano, precisou de acompanhamento psicológico?	[0] Não [1] Sim	D17 __
D18. Média de horas de sono por dia:	__ __ Horas	D18 __ __
D19. PA:	__ __ x __ __ mg/dl	D19s __ - D19d __ -
D20. Qual o seu peso?	__ __ __ kg	D20 __ __ __

<b>BLOCO E - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA - VERSÃO CURTA – IPAQ, (MATSUDO, S. et al., 2001)</b>		
As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na <b>ÚLTIMA</b> semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são <b>MUITO</b> importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação! Para responder as questões lembre que:		
<input type="checkbox"/> atividades físicas <b>VIGOROSAS</b> são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar <b>MUITO</b> mais forte que o normal <input type="checkbox"/> atividades físicas <b>MODERADAS</b> são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar <b>UM POUCO</b> mais forte que o normal Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza <b>por pelo menos 10 minutos contínuos</b> de cada vez.		
<b>E1a.</b> Em quantos dias da última semana você <b>CAMINHOU</b> por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?		
Dias _____ por <b>SEMANA</b> [ ] nenhum		E1a __
<b>E1b.</b> Nos dias em que você caminhou por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?		E1b __
Horas: _____ Minutos: _____		—
<b>E2a.</b> Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <b>MODERADAS</b> por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> , como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar <b>moderadamente</b> sua respiração ou batimentos do coração ( <b>POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA</b> )		E2a __
Dias _____ por <b>SEMANA</b> [ ] Nenhum		
<b>E3a.</b> Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <b>VIGOROSAS</b> por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> , como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar <b>MUITO</b> sua respiração ou batimentos do coração.		E3a __
Dias _____ por <b>SEMANA</b> [ ] Nenhum		
<b>E3b.</b> Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <b>por dia</b> ?		E3b __
Horas: _____ Minutos: _____		
Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.		
<b>E4 a.</b> Quanto tempo no total você gasta sentado durante um <b>dia de semana</b> ?		E4a __
_____ horas _____ minutos		
<b>E4 b.</b> Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um <b>dia de final de semana</b> ?		E4b __
_____ horas _____ minutos		

<b>BLOCO F - QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS – QPHAS (GUEDES, D.P.; GRONDIN, L.M.V., 2002)</b>		
<b>F1. Na maioria das vezes o excesso de gordura corporal ocorre devido à elevada ingestão de alimentos e falta de atividade física.</b>		
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada		F1

<p><b>F2. A maneira com que a gordura está distribuída no corpo – maiores quantidades no abdômen ou quadril – não influencia a saúde das pessoas.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F2
<p><b>F3. Doenças como diabetes, pressão alta, derrame, doenças do coração, são mais comuns em pessoas gordas que em pessoas não gordas.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F3
<p><b>F4. Crianças e adolescentes gordos têm maiores chances de se tornarem também adultos gordos.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F4
<p><b>F5. O excesso de gordura e de peso corporal é apenas um problema estético.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F5
<p><b>F6. A quantidade de alimentos que ingerimos, independente da atividade física que fazemos, determinará a quantidade de peso corporal que temos.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F6
<p><b>F7. Crianças e adolescentes que fazem uso de cigarro e bebidas alcoólicas têm maiores chances de ficarem doentes na idade adulta.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F7
<p><b>F8. A genética (características físicas que herdamos de nossos pais) tem maior influência no aumento de gordura corporal que os aspectos do meio ambiente (alimentação e atividade física).</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F8
<p><b>F9. A atividade física regular, juntamente com a alimentação adequada, pode beneficiar a saúde de pessoas gordas e não gordas.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F9
<p><b>F10. Produtos e métodos como chás, cremes, massagens, etc. podem substituir de maneira saudável a atividade física e a alimentação para controlar o peso corporal.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F10
<p><b>F11. Para a nossa saúde o que importa é apenas a quantidade de alimentos que comemos e não o tipo de alimentos que ingerimos (frutas, cereais, hortaliças, leite, carne, etc.).</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F11
<p><b>F12. Por causa da sua importância para o funcionamento de nosso organismo devemos evitar a perda excessiva de água (suar demasiadamente, fazer sessões de sauna muito prolongada, tomar medicamentos diuréticos, exercitar-se com grande quantidade de roupa, etc.).</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F12
<p><b>F13. Os alimentos de origem vegetal são os que têm menos gordura e que fornecem os principais nutrientes para o nosso corpo.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F13

<p><b>F14. Quando uma pessoa que faz dieta para emagrecer rapidamente retorna à alimentação “normal”, ela permanece com o mesmo peso corporal pós-dieta.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F14
<p><b>F15. As vitaminas e os sais minerais não fornecem energia para nosso corpo, mas ajudam em seu funcionamento.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F15
<p><b>F16. Apenas os alimentos de origem animal fornecem energia ao nosso corpo.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F16
<p><b>F17. As gorduras de alimentos de origem vegetal prejudicam a nossa saúde tanto quanto as gorduras de alimentos de origem animal.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F17
<p><b>F18. Os alimentos industrializados (lanches como x-salada, cachorro quente, refrigerantes, chocolates, sorvetes, etc.) são tão saudáveis quanto os alimentos naturais (frutas, verduras, leite, cereais).</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F18
<p><b>F19. Grandes quantidades de alimentos ricos em proteínas (carne, leite, ovos, etc.) podem aumentar os depósitos de gordura no nosso corpo.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F19
<p><b>F20. Os alimentos ricos em carboidratos (massas, pães e cereais) são aqueles que deverão oferecer maior quantidade de energia para o nosso corpo.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F20
<p><b>F21. Por não serem considerados exercícios físicos, os esforços físicos realizados nas tarefas domésticas, brincadeiras ativas e ocupações profissionais não ajudam a preservar e a melhorar a saúde.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F21
<p><b>F22. Dependendo das condições físicas de cada pessoa, os melhores exercícios físicos para a saúde são aqueles realizados com intensidade de baixa a moderada (caminhar, correr, nadar, pedalar, etc.).</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F22
<p><b>F23. A prática de esportes (voleibol, basquetebol, futebol, handebol, etc.) é a única forma de fazer atividade física para a saúde.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F23
<p><b>F24. Os efeitos benéficos do exercício físico para a saúde permanecem em nosso organismo mesmo depois de nos tornarmos sedentários novamente.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F24
<p><b>F25. A execução de exercícios de flexibilidade pode reduzir a incidência de lesões músculos-osteo-articulares.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F25
<p><b>F26. Quando fazemos exercícios físicos, a gordura corporal pode ser transformada em músculo.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente      <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente      <input type="checkbox"/> Discordo totalmente      <input type="checkbox"/> Não tenho opinião formada</p>	F26



G4. 10. Outra doença musculoesquelética. G4. 10a Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 10a __
G4. 11. Hipertensão arterial (pressão alta).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 11 __
G4. 12. Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 12 __
G4. 13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 13 __
G4. 14. Insuficiência cardíaca.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 14 __
G4. 15. Outra doença cardiovascular. G4. 15 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	J4. 15a __
G4. 16. Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 16 __
G4. 17. Bronquite crônica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 17 __
G4. 18. Sinusite crônica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 18 __
G4. 19. Asma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 19 __
G4. 20. Enfisema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 20 __
G4. 21. Tuberculose pulmonar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 21 __
G4. 22. Outra doença respiratória. G4. 22 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 22a__
G4. 23. Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 23 __
G4. 24. Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 24 __
G4. 25. Problema ou diminuição da audição	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 25 __
G4. 26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 26 __
G4. 27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 27 __
G4. 28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. G4. 28 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 28a__
G4. 29. Pedras ou doença da vesícula biliar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 29 __
G4. 30. Doença do pâncreas ou do fígado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 30 __
G4. 31. Úlcera gástrica ou duodenal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 31 __
G4. 32. Gastrite ou irritação duodenal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 32 __
G4. 33. Colite ou irritação do cólon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 33 __
G4. 34. Outra doença digestiva G4. 34 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 34 __

G4. 35. Infecção das vias urinárias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 35__
G4. 36. Diarreia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 36__
G4. 37. Constipação	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 37__
G4. 38. Gazes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 38__
G4. 39. Doença dos rins	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 39__
G4. 40. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 40__
G4. 41. Outra doença geniturinária. G4. 41a Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 41__
G4. 42. Alergia, eczema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 42__
G4. 43. Outra erupção. G4. 43 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 43__
G4. 44. Outra doença da pele G4. 44 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 44__
G4. 45. Tumor benigno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 45__
G4. 46. Tumor maligno (câncer) G4. 46 a. Onde? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 46__
G4. 47. Obesidade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 47__
G4. 48. Diabetes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 48__
G4. 49. Varizes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 49__
G4. 50. Colesterol alto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 50__
G4. 51. Bócio ou outra doença da tireóide	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 51__
G4. 52. Outra doença endócrina ou metabólica. G4. 52 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 52__
G4. 53. Anemia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 53__
G4. 54. Outra doença do sangue. G4. 54 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 54__
G. 55 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 55__
G4. 56. Outro problema ou doença, G4. 56 a. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	G4. 56__
<b>G. 5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual?</b> (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)				Registrar o menor valor  G5 __
6 <input type="checkbox"/> Não há impedimento / Eu não tenho doenças				
5 <input type="checkbox"/> Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.				
4 <input type="checkbox"/> <b>Algumas vezes</b> preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho				
3 <input type="checkbox"/> <b>Frequentemente</b> preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho				
2 <input type="checkbox"/> Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial				
1 <input type="checkbox"/> Em minha opinião <b>estou totalmente incapacitado</b> para trabalhar				

<p><b>G6. Quantos DIAS INTEIROS</b> você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 5 nenhum  <input type="checkbox"/> 4 até 9 dias  <input type="checkbox"/> 3 de 10 a 24 dias  <input type="checkbox"/> 2 de 25 a 99 dias  <input type="checkbox"/> 1 de 100 a 365 dias </p>	G6 __
<p><b>G7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de DAQUIA 2 ANOS</b> fazer seu trabalho atual?</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 1 é improvável  <input type="checkbox"/> 4 não estou muito certo  <input type="checkbox"/> 7 bastante provável </p>	G7 __
<p><b>G8. Você tem conseguido apreciar (se sentir satisfeito com) suas atividades diárias?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> 4 sempre      <input type="checkbox"/> 3 quase sempre      <input type="checkbox"/> 2 às vezes      <input type="checkbox"/> 1 raramente      <input type="checkbox"/> 0 nunca </p>	G8 __
<p><b>G9. Você tem se sentido ativo e alerta?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> 4 sempre      <input type="checkbox"/> 3 quase sempre      <input type="checkbox"/> 2 às vezes      <input type="checkbox"/> 1 raramente      <input type="checkbox"/> 0 nunca </p>	G9 __
<p><b>G10. Você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> 4 continuamente      <input type="checkbox"/> 3 quase sempre      <input type="checkbox"/> 2 às vezes      <input type="checkbox"/> 1 raramente      <input type="checkbox"/> 0 nunca </p>	G10 __

**BLOCO H: ESCALA DESEQUILÍBRIO ESFORÇO-RECOMPENSA  
(VERSÃO LONGA CHOR, et al. 2008)**

<p><b>Nesta parte da pesquisa fazemos perguntas sobre o seu trabalho e as repercussões sobre a sua saúde.</b>  Para cada afirmativa abaixo, assinale primeiro se você <i>concorda</i> ou <i>discorda</i>. Se houver uma seta depois de sua resposta, por favor assinale até que ponto se sente estressado com tal situação.  <b>Agradecemos por responder a todas as afirmativas.</b></p>		
<p><b>H1 – Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:      1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado      2. <input type="checkbox"/> um pouco estrassado  2. <input type="checkbox"/> Discordo      3. <input type="checkbox"/> estressado      4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H1__ H1a__	
<p><b>H2 – Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:      1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado      2. <input type="checkbox"/> um pouco estrassado  2. <input type="checkbox"/> Discordo      3. <input type="checkbox"/> estressado      4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H2__ H2a__	
<p><b>H3 – Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:      1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado      2. <input type="checkbox"/> um pouco estrassado  2. <input type="checkbox"/> Discordo      3. <input type="checkbox"/> estressado      4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H3__ H3a__	
<p><b>H4 – Frequentemente, eu sou pression</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico: do a trabalhar depois da hora.      1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado      2. <input type="checkbox"/> um pouco estrassado  2. <input type="checkbox"/> Discordo      3. <input type="checkbox"/> estressado      4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H4__ H4a__	
<p><b>H5 – Meu trabalho exige muito esforço físico.</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:      1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado      2. <input type="checkbox"/> um pouco estrassado  2. <input type="checkbox"/> Discordo      3. <input type="checkbox"/> estressado      4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H5__ H5a__	
<p><b>H6 – Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:      1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado      2. <input type="checkbox"/> um pouco estrassado  2. <input type="checkbox"/> Discordo      3. <input type="checkbox"/> estressado      4. <input type="checkbox"/> muito estressado</p>	H6__ H6a__	
<p><b>H7 – Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> Concordo  2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:      1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado      2. <input type="checkbox"/> um pouco estrassado</p>	H7__ H7a__	

	3. <input type="checkbox"/> estressado	4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H8 – Eu tenho o mereço que mereço dos meus colegas.</b>			H8__ H8a__
1. <input type="checkbox"/> Concordo			
2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:	1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado	2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H9 – No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.</b>			H9__ H9a__
1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:	1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado	2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado	
2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> estressado	4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H10 – No trabalho, eu sou tratado injustamente.</b>			H10__ H10a__
1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:	1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado	2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado	
2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> estressado	4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H11 – Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.</b>			H11__ H11a__
1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:	1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado	2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado	
2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> estressado	4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H12 – No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.</b>			H12__ H12a__
1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:	1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado	2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado	
2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> estressado	4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H13 – Tenho pouca estabilidade no emprego.</b>			H13__ H13a__
1. <input type="checkbox"/> Concordo → E com isso, eu fico:	1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado	2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado	
2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> estressado	4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H14 – A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.</b>			H14__ H14a__
1. <input type="checkbox"/> Concordo			
2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:	1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado	2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H15 – No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.</b>			H15__ H15a__
1. <input type="checkbox"/> Concordo			
2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:	1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado	2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H16 – Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.</b>			H16__ H16a__
1. <input type="checkbox"/> Concordo			
2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:	1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado	2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H17 – Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.</b>			H17__ H17a__
1. <input type="checkbox"/> Concordo			
2. <input type="checkbox"/> Discordo → E com isso, eu fico:	1. <input type="checkbox"/> nem um pouco estressado 3. <input type="checkbox"/> estressado	2. <input type="checkbox"/> um pouco estressado 4. <input type="checkbox"/> muito estressado	
<b>H18 – No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.</b>			H18__
1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
<b>H19 – Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.</b>			H19__
1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
<b>H20 – Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.</b>			H20__
1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
<b>H21 – As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.</b>			H21__
1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
<b>H22 – O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.</b>			H22__
1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente
<b>H23 – Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.</b>			H23__
1. <input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Concordo	4. <input type="checkbox"/> Concordo Totalmente

i1- Nos últimos 12 meses você sofreu algum tipo de acidente de trabalho? (Se sim, prossiga nas demais perguntas). [0] Não	[1] Sim	i1__
i2- O Acidente ocorreu enquanto você se deslocava da casa para o trabalho ou vice-versa?	[0] Não [1] Sim	i2__
i3- O acidente ocorreu quando você já estava no HUSM?	[0] Não [1] Sim	i3__
i4- Quantas horas após o início da sua jornada de trabalho o acidente aconteceu? [1] Entre 1 e 2 horas [2] Entre 3 e 4 horas [3] Entre 5 e 6 horas [4] Entre 7 e 8 horas [5] Maior que 8 horas trabalhadas		i4__
i5. O acidente foi notificado ao setor de Recursos Humanos?	[0] Não [1] Sim	i5__
i6. Por causa desse acidente você teve que procurar assistência médica?	[0] Não [1] Sim	i6__
i7. Tipo de serviço procurado: [1] Emergência HUSM [2] Serviço privado (consultório particular, convênios) [3] Posto de saúde [4] Outros		i7__
i8a.. Por causa desse acidente você necessitou ficar hospitalizado? i8b - Quantos dias? _____	[0] Não [1] Sim	i8a__ i8b__
i9a. Por causa desse acidente você teve que faltar ao trabalho por 1 dia ou mais? i9b. Quantos dias? _____	[0] Não [1] Sim	i9a__ i9b__
i10. Você estava usando EPI?	[0] Não [1] Sim	i10__
i11. Quais EPIs você usa?	[a] luvas [b] máscara [c] avental [d] óculos [e] gorro [f] outros	i11a__ i11b__ i11c__ i11d__ i11e__ i11f__
i12. Nos últimos 6 meses você recebeu algum treinamento referente a prevenção dos acidentes de trabalho? [0] Não	[1] Sim	i12__
i13. Com o acidente você sofreu? [1] Perfuração com objeto [2] Corte/arranhões/esfolões [3] Respingos de sangue ou outras secreções [4] Queimaduras tipo: [a] elétrica [b] fogo [c] com produtos químicos [5] Choque elétrico [6] Contusão ou distensão muscular [7] Queda [8] Fratura [9] Agressão [10] Outros: _____		I13__
i14. Como aconteceu o acidente? _____ _____ _____		i14__

i15. Quanto à situação do acidente, o mesmo ocorreu quando você: [1] Manuseava lixo [2] Manuseava roupas [3] Manuseava os seus instrumentos de trabalho [4] Outros: _____		i15__
i16. Qual foi a parte do corpo atingida? [1] Mãos/dedos [2] Pés [3] Olhos [4] Face/cabeça, exceto olhos. [5] Membros superiores, exceto mãos. [6] Tórax [7] Abdome [8] Quadril, nádegas, genitais. [9] Membros inferiores, exceto pés.		i16__
i17. Após o acidente você teve alguma sequela ou limitação como: [1] dor [2] limitação de movimentos [3] perda da função [4] perda da sensibilidade [5] edema/hematoma		i17__
i18. Por quanto tempo ficou com essa dificuldade?	i18a. Dias _____ i18b Meses _____ i18c Anos _____	i18a__ __ i18b__ __ __ i18c__ __
i19. Você estava usando EPI quando o acidente ocorreu?	[0] Não [1] Sim	i19__
i20. Você tem esquema vacinal completo para Hepatite B e Tétano?	[0] Não [1] Sim	i20__
i21. Você sabe a origem do agente causador do acidente?	[0] Não [1] Sim	i21__
i22a.. Você precisou usar medicamentos após o acidente? I22b-Quais: _____	[0] Não [1] Sim	i22a__ i22a__
i23. Por quanto tempo você usou esses medicamentos?	i23a. Dias _____ i23b Meses _____ i23c Anos _____	i23a__ __ i23b__ __ __ i23c__ __
i24. Você coletou exames após o acidente?	[0] Não [1] Sim	i24__
i25. Você faz acompanhamento médico após o acidente?	[0] Não [1] Sim	i25__
i26. Relate quais foram os seus sentimentos quando se acidentou: _____ _____ _____		i26__

<b>BLOCO J – SELF-REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ 20 (MARI e WILLIAMS, 1986)</b>		
As seguintes questões dizem respeito a informações sobre teu estado geral nos ÚLTIMOS 30 DIAS. J1. Tem dores de cabeça frequentes?	[0] Não [1] Sim	J1 _
J2. Tem falta de apetite?	[0] Não	

	[1] Sim	J 2 __
J3. Dorme mal?	[0] Não [1] Sim	J 3 __
J4. Assusta-se com facilidade	[0] Não [1] Sim	J4 __
J5. Tem tremores de mão?	[0] Não [1] Sim	J5 __
J6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	[0] Não [1] Sim	J 6 __
J7. Tem má digestão?	[0] Não [1] Sim	J 7 __
J 8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	[0] Não [1] Sim	J 8 __
J 9. Tem se sentido triste ultimamente?	[0] Não [1] Sim	J 9 __
J 10. Tem chorado mais do que de costume?	[0] Não [1] Sim	J 10 __
J 11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	[0] Não [1] Sim	I 11 __
J 12. Tem dificuldades para tomar decisões?	[0] Não [1] Sim	J 12 __
J 13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento).	[0] Não [1] Sim	J 13 __
J 14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	[0] Não [1] Sim	J 14 __
J 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	[0] Não [1] Sim	J 15 __
J 16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	[0] Não [1] Sim	J 16 __
J 17. Tem tido ideias de acabar com a vida.	[0] Não [1] Sim	J 17 __
J 18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	[0] Não [1] Sim	J 18 __
I 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	[0] Não [1] Sim	J 19 __
J 20. Cansa-se com facilidade?	[0] Não [1] Sim	J 20 __

<b>BLOCO K - DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA (ESCALA DE 0-10)</b>											
K1. <u>Nos últimos sete dias</u> , você teve dor ou desconforto em alguma dessas regiões: pescoço, ombros, membros superiores, costas, quadril e membros inferiores. Em caso afirmativo, suponha que a maior dor que você já sentiu tem um valor igual a 10 pontos. <b>Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua dor.</b>											K1__ __
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
<b>BLOCO L - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36 – (CICONELLI, R.M. et al. , 1999)</b>											
<b>L1- Em geral você diria que sua saúde é:</b>											
Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim							L1__
1	2	3	4	5							

Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?					L2__
Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior	
1	2	3	4	5	
<b>Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?</b>					L3__
Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior	
1	2	3	4	5	
<b>Atividades</b>		<b>Sim, dificulta muito</b>	<b>Sim, dificulta um pouco</b>	<b>Não, não dificulta de modo algum</b>	
Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, como correr, levantar objetos pesados, participar esportes árduos.		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	L3a__
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	L3b__
Levantar ou carregar mantimentos		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	L3c__
Subir vários lances de escada		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	L3d__
Subir um lance de escada		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	L3e__
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	L3f__
Andar mais de 1 quilômetro		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	L3g__
Andar vários quarteirões		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	L3h__
Andar um quarteirão		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	L3i__
Tomar banho ou vestir-se		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	L3j__
<b>Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?</b>					L4a__
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?		1	2		
Realizou menos tarefas do que você gostaria?		1	2		
Ficou limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.		1	2		
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. precisou de um esforço extra).		1	2		
<b>Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?</b>					L5a__
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?		1	2		
Realizou menos tarefas do que você gostaria?		1	2		
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como normalmente faz.		1	2		
<b>Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?</b>					L5c__
De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente	

1	2	3	4	5	L6__	
<b>Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?</b>						
Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave	
1	2	3	4	5	6	
L7__						
<b>- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?</b>						
De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente		
1	2	3	4	5		
L8__						
<b>- 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 de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.</b>						
	<b>Todo Tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Uma boa parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Uma pequena parte do tempo</b>	<b>Nunca</b>
Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito cansada?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6
L9a__						
L9b__						
L9c__						
L9d__						
L9e__						
L9f__						
L9g__						
L9h__						
L9i__						
<b>- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?</b>						
Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo		
1	2	3	4	5		
L10__						
<b>- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?</b>						
	<b>Definitivamente verdadeiro</b>	<b>A maioria das vezes verdadeiro</b>	<b>Não sei</b>	<b>A maioria das vezes falso</b>	<b>Definitivamente falso</b>	

Eu costumo obedecer um co mais facilmente que as as pessoas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	L11a__
Eu sou tão saudável quanto lquer pessoa que eu conheço	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	L11b__
Eu acho que a minha saúde vai ar	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	L11c__
Minha saúde é excelente	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	L11d__

**Número do seu telefone:\_\_\_\_\_ MUITO OBRIGADO**

**ANEXO 4 – Autorização da empresa terceirizada.**

Santa Maria, 17 de Janeiro 2013.

Assunto: Autorização Pesquisa “Avaliação das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores do Serviço de Hospitalar de Limpeza”

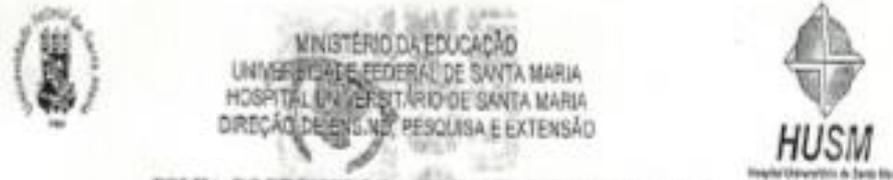
Profa. Dra. Tania Solange Bosi de Souza Magnago

Vimos por meio desta informar que autorizamos a aplicação dos métodos de pesquisa nos funcionários da \_\_\_\_\_ que prestam serviços no Hospital universitário de Santa Maria, ressaltando apenas que não autorizamos a utilização do nome da empresa sob qualquer aspecto.

Sem mais para o momento e a disposição para mais esclarecimentos,

  
\_\_\_\_\_  
Coordenador Operacional

**ANEXO 5 – Autorização do hospital pesquisado.**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA  
DIREÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

**HUSM**  
Hospital Universitário de Santa Maria

**FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS.**

Nº Inscrição DEPE: 011/2013 Data: 21/01/2013

Pesquisador: CRINA SOARES ROCHA DE ARAÚJO MACHADO Função: DOUTOR/E-ENFERMEIRA

SLATE: 322499 Telefone: 99221117 Unidade/Curso: CCS - ENFERMAGEM E-mail: crinasoares@terra.com.br

Título: Avaliação das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza.

TIPO DE PROJETO:  Pesquisa ( ) Extensão ( ) Institucional

FINALIDADE ACADÊMICA: ( ) TCC ( ) Especialização  Dissertação ( ) Tese ( ) Outro

TIPO DE PESQUISA: ( ) Inovações Tecnológicas em Saúde ( ) Operacional ( ) Clínica  Básica  
( ) Políticas Públicas de Saúde

FUNTE DE FINANCIAMENTO:  Recursos Próprios ( ) HUSM ( ) Agência Pública de fomento nacional  
( ) Agência Pública de fomento internacional ( ) Indústria Farmacêutica

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

Tânia O. B. Machado  
Pesquisador Responsável

**Avaliação e Aprovação Setorial**

Tânia B. S. Machado  
Prof. Dra. Especialista  
COREN 11548-RJ  
UFESM

**Atenção Chefe:** leia o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.

Setores envolvidos	Concorda com o projeto		Assinatura e carimbo dos responsáveis
SHL	(x) Sim	( ) Não	<u>Crina Maria Ferreira</u> COREN 11524
	( ) Sim	( ) Não	
	( ) Sim	( ) Não	
	( ) Sim	( ) Não	

## ANEXO 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Projeto de Pesquisa:** “AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA”.

**Orientadora/Pesquisadora:** Profa. Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

**Local da Coleta de Dados:** XXXXXXXXXXXXX

Eu..... informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, e que aceito participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO HOSPITALAR DE LIMPEZA**”, que tem como objetivo avaliar as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores do Serviço Hospitalar de Limpeza do Hospital Universitário XXXXX.

A pesquisa terá **duração** de 18 meses (período de coleta dos dados, análise, discussão e apresentação dos resultados). A justificativa para a realização desta pesquisa dá-se pelo fato da maior parte dos estudos publicados sobre Saúde do Trabalhador avaliaram as condições de saúde de outros trabalhadores ocorrendo falta de estudos relativos à saúde do trabalhador do Serviço Hospitalar de Limpeza.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, pois os dados apresentados serão relativos ao coletivo dos trabalhadores e não individuais.

Os **dados coletados** serão utilizados em pesquisa e comporão um banco de dados. Os **resultados serão divulgados** em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder um questionário, durante o seu turno de trabalho. As perguntas serão feitas por acadêmicos que foram capacitados para desenvolverem esse trabalho. Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

Poderá haver o **risco de desconforto** relacionado à questão de responder ao questionário. Sua participação poderá ser interrompida a qualquer instante, sem qualquer ônus. Caso necessário e de sua vontade, poderá ser encaminhado para suporte psicológico. Os **benefícios** relacionados com a sua participação são: conhecimento da realidade desse acometimento na instituição; a possibilidade de que medidas de promoção, prevenção e tratamento possam ser efetuadas com maior eficácia e eficiência com consequente diminuição dessa patologia nos trabalhadores de enfermagem. Os resultados serão apresentados à instituição.

Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentarem o relatório final nesta instituição, para que possamos, efetivamente, conhecer a nossa realidade.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de: receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;

- a qualquer momento, retirar meu consentimento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;

- não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

Além disso, os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução no 196/96 sobre pesquisas em seres humanos;

- minha participação é isenta de despesas e minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

**Concordo que os dados formem um banco de dados ( ) Sim ( ) Não**

**Para pesquisas com novos objetivos com banco de dados quero assinar novo TCLE ( )Sim ( ) Não**

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do informante e n° do RG

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura da Coordenadora do Projeto

Endereço Pesquisador Principal: Bairro Camobi, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220 8263; e-mail: [tmagnago@terra.com.br](mailto:tmagnago@terra.com.br)

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br)