

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

THAIS DE SOUZA TOLEDO

**QUALIDADE DE VIDA E INTENSIDADES DOS SINTOMAS DE  
TRABALHADORES COM LER/DORT: EFEITOS DE INTERVENÇÕES  
COLETIVAS**

UBERABA

2021

THAIS DE SOUZA TOLEDO

Dissertação de mestrado acadêmico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/Universidade Federal de Uberlândia, área de concentração Processo de Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica do sistema Musculoesquelético.

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh.

Coorientadora: Profa. Dra. Suraya Gomes Novais Shimano.

UBERABA

2021

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

T586q Toledo, Thais de Souza  
Qualidade de vida e intensidades dos sintomas de trabalhadores  
com LER/DORT: efeitos de intervenções coletivas / Thais de Souza  
Toledo. -- 2021.  
83 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) -- Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2021  
Orientadora: Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh  
Coorientadora: Profa. Dra. Suraya Gomes Novaes Shimano

1. Saúde do trabalhador. 2. Transtornos Traumáticos Cumulati-  
vos. 3. Pesquisa interdisciplinar. I. Walsh, Isabel Aparecida Porcatti  
de. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616-057

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIF	- Classificação Internacional de Funcionalidade
CLT	- Consolidação das Leis de Trabalho
DORT	- Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DA	- Domínio Ambiental
DF	- Domínio Físico
DP	- Domínio Psicológico
EUA	- Estados Unidos da América
GBD	- <i>Global Burden of Disease</i>
GC	- Grupo Focal
G1	- Grupo de Cinesioterapia
G2	- Grupo de Cinesioterapia, associada à abordagem biopsicossocial
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
LER	- Lesão por Esforço Repetitivo
MG	- Minas Gerais
MMII	- Membros Inferiores
MMSS	- Membros Superiores
NMQ	- <i>Nordic Musculoskeletal Questionnaire</i>
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PIC	- Práticas integrativas e Complementares
PNS	- Pesquisa Nacional de Saúde
QV	- Qualidade de Vida
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
SPSS	- <i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UER	- Unidade Especializada em Reabilitação
UFTM	- Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFU	- Universidade Federal de Uberlândia
WHO	- <i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.</b>	06
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	08
2.1 TRABALHO E ADOECIMENTO	08
2.2 LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS/DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (LER/DORT)	09
<b>2.2.1 Definição</b>	09
<b>2.2.2 Epidemiologia</b>	10
<b>2.2.3 Etiologia</b>	11
<b>2.2.4 Quadro clínico</b>	12
<b>2.2.5 Diagnóstico</b>	12
<b>2.2.6 Aspectos emocionais</b>	15
2.2.6.1 Qualidade de vida	15
2.2.6.2 Autoestima	16
<b>2.2.7 Fisioterapia e LER/DORT</b>	18
<b>2.2.8 Atividades coletivas com trabalhadores com LER/DORT</b>	18
<b>3 REFERÊNCIAS</b>	20
<b>4 ESTUDO: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES COM DIAGNÓSTICO DE LER / DORT ATENDIDOS EM UM GRUPO DE INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR</b>	28
<b>5 APÊNDICES</b>	56
5.1 Termo de consentimento livre e esclarecido	56
5.2 Avaliação dos aspectos sociodemográficos	61
5.3 Histórico Ocupacional	62
<b>6 ANEXOS</b>	64
6.1 Artigo: QUALIDADE DE VIDA, AUTOESTIMA E INTENSIDADES DOS SINTOMAS EM TRABALHADORES COM LER/DORT: Efeitos de intervenções coletivas – Submetido à Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.	64
6.2 Parecer consubstanciado do CEP	82
6.3 TESTE DO RELÓGIO	83

## 1 INTRODUÇÃO

---

Entre os vários adoecimentos decorrentes do trabalho, encontram-se os distúrbios em que os trabalhadores sofrem com sintomas (especialmente dor) que podem afetar todos os segmentos corporais com intensidade variada, em grande parte das vezes incapacitando-o de exercer suas atividades laborais, ter bom convívio com a família, limitando ou extirpando suas atividades de lazer, o que gera um transtorno na sua vida pessoal e profissional, diminuindo a qualidade de vida e agravando ainda mais seus sintomas e causando transtornos emocionais.

Os profissionais de saúde, principalmente os fisioterapeutas têm um importante papel para com estes trabalhadores, desde o acolhimento até a fase de reabilitação, pois a conscientização corporal, os exercícios diários e o local de trabalho devem ser discutidos com todos os trabalhadores em especial aqueles que apresentam algum acometimento. Assim, é de extrema importância que este trabalhador seja avaliado de acordo com o modelo biopsicossocial, já que muitas vezes um acometimento não se dá apenas pelos fatores biológicos, mas também pelos fatores psicológicos e sociais. Condigno a isso a abordagem multidisciplinar é fundamental para que este trabalhador receba o melhor tratamento que lhe couber.

Em Uberaba-MG, os trabalhadores com queixas musculoesqueléticas são encaminhados para um serviço municipal de reabilitação - a Unidade Especializada em Reabilitação (UER) para tratamento fisioterapêutico. Porém como a demanda é alta, a fila de espera para os atendimentos é longa e demorada. Em contato com a administração, verificou-se que em junho de 2019, 605 usuários aguardavam por atendimento.

Essa situação despertou o interesse, em um grupo de pesquisadores e profissionais, de avaliar os usuários desta fila de espera com sintomas musculoesqueléticos que apresentassem nexos causais com o trabalho, buscando novas formas de assistência aos mesmos por meio de diferentes abordagens realizadas em grupo, visando especialmente a redução dos sintomas, favorecendo uma melhor funcionalidade, qualidade de vida e um possível retorno às atividades laborais.

Foi estabelecida uma parceria entre o curso de Fisioterapia e o Programa de Mestrado em Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba para a realização de um grande projeto denominado “Aspectos sociodemográficos, emocionais, clínicos e de funcionalidade de trabalhadores com distúrbios osteomusculares encaminhados para atendimento fisioterapêutico na unidade especializada em reabilitação do município de Uberaba/MG”.

Como aluna do Programa de Mestrado em Fisioterapia UFTM/UFU percebi a importância de desenvolver projetos com trabalhadores, pois é uma população por muitas vezes desassistida e quando é assistida, percebe-se uma fragmentação desse indivíduo, limitando-o a articulações e especialidades médicas. Além disso, o próprio trabalhador quando está com dor (física ou psicológica), afastado ou desempregado perde parte de sua identidade, pois não se vê desempenhando um papel dentro da sociedade, o que pode levar a marginalização e ainda maiores agravos em seu quadro.

A partir dessas considerações, essa dissertação apresenta dois momentos: No primeiro apresento um referencial teórico para contextualizar a construção do meu conhecimento e, em seguida, o estudo Percepções de trabalhadores com diagnóstico de LER/DORT atendidos em um grupo de intervenção interdisciplinar.

O estudo intensidade dos sintomas, qualidade de vida, e autoestima em trabalhadores com LER/DORT: resultados de intervenções coletivas foi submetido à Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (Anexo1)

Espero que os resultados apresentados nos dois estudos possam gerar para a própria UER e outros serviços de saúde a possibilidade de outras alternativas e propostas de assistência aos trabalhadores, com a diminuição do tempo de espera para os atendimentos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

---

### 2.1 TRABALHO E ADOECIMENTO

Desde que o capitalismo se inseriu permanentemente como sistema econômico na Europa, principalmente na Inglaterra, o trabalho se ressignificou. Antes, o que era uma produção artesanal passou a ser uma produção em série, trazendo inúmeras consequências. A ideia de que a implementação das máquinas seria um grande benefício logo veio por terra, pois o trabalhador passa a competir com a máquina e seu ritmo frenético de produção, com turnos de 16 horas, trabalho infantil, falta de segurança, baixa luminosidade e nenhum direito trabalhista. O primeiro passo rumo a melhorias foi a aprovação da primeira lei de proteção aos trabalhadores no ano 1802 na Inglaterra. Contudo, aqui no Brasil, essa lei só foi implementada mais de cem anos depois, trazendo inúmeras consequências para os trabalhadores brasileiros (TEIXEIRA, 2012).

No século XIX surge a medicina do trabalho que se configura como a primeira tentativa de manejar esses adoecimentos descontrolados, mas também se inicia, (pois os métodos organizacionais exigiam trabalhadores saudáveis) focando justamente na sua possível produtividade. Durante os anos seguintes, com o capitalismo usando toda mão de obra possível observou-se que estes trabalhadores continuavam adoecendo e morrendo decorrente de causas laborais, pois tinham assistência médica apenas depois que a doença já estava instalada ou depois de sofrer um acidente de trabalho (TEIXEIRA, 2012)

Com a Medicina do Trabalho já instalada, verificou-se que as causas dos acometimentos não se centravam no trabalhador e o modelo epidemiológico multicausal de doenças é desenvolvido, explicando que a doença pode ser desencadeada por uma combinação de riscos (fatores de risco). A partir deste momento o modelo monocausal da Medicina do Trabalho é abolida abrindo um espaço multiprofissional para compreender melhor estes acometimentos (TEIXEIRA, 2012)

A Consolidação das leis do Trabalho (CLT) no Brasil acontece em 1943 com mudanças significativas para os trabalhadores, tendo três pontos como base; primeiro os direitos trabalhistas; segundo a organização dos sindicatos e

terceiro a justiça do trabalho (PINHO; BEZERRA, 2017). O capitalismo trouxe mudanças significativas para o mundo, porém nas últimas três décadas do século XX podemos observar um impacto profundo nas relações de trabalho. “A história dos vinte anos após 1973 é a de um mundo que perdeu suas referências e resvalou para a instabilidade e a crise” (HOBSBAWN, 1995, p.393). A década de 1970 foi marcada pelo marasmo e pela crise de acumulação taylorista e fordista, que segue até os dias atuais; isso se deu após um longo período de sucesso do capitalismo (ANTUNES, 2010)

Os adoecimentos e os acidentes de trabalho sempre estiveram presentes na vida dos trabalhadores, porém após a inserção dos sistemas organizacionais (Taylorismo e Fordismo), os trabalhadores tiveram que lidar com a ampliação do controle e a intensificação do trabalho, o que acelerou os adoecimentos físicos e psicológicos com nexos laborais (ANTUNES, 2015a).

Na década de 1990, o Brasil, sofreu várias transformações causadas pela nova divisão internacional do trabalho, uma vez que era um país dependente de industrialização o que causava como consequência baixos salários, produção intensificada e prolongadas jornadas de trabalho (ANTUNES, 2015b). Segundo Antunes (2010), a situação se tornava pior quando associada ao crítico momento político nacional, pois o Brasil estava em regime ditatorial, o que explica a falta de organização do sistema operário e sindical entre as décadas de 1964 e 1985.

## 2.2 LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS/DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO (LER/DORT)

### 2.2.1. Definição

Os distúrbios musculoesqueléticos são causa significativa de limitação física em todo o mundo, podendo causar graves danos físicos, dores e alterar significativamente o estado psicossocial dos indivíduos afetados (BROOKS, 2006).

Em 2016, o *Global Burden of Disease* (GBD) relatou que esses distúrbios foram a segunda causa mais comum de incapacidade em todo o mundo, sendo a dor nas costas o principal acometimento. Aproximadamente 20% a 30% das

pessoas em todo o mundo vivem com uma doença musculoesquelética (VOS et al., 2016).

Os distúrbios musculoesqueléticos, quando relacionados ao trabalho, no Brasil, são conhecidos com LER/DORT. Em 1991, a Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade, vinculada ao Ministério da Previdência Social, que compreendia informações sobre as lesões por esforços repetitivos (VERTHEIN; MINAYO-GOMEZ, 2000), adotou como procedimento interno do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o nome LER, que passou a ser utilizado quando se realizava a avaliação de incapacidade (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017). Em 1993, essa Norma Técnica foi revisada e expandiu-se a classificação de LER que integraram os acometimentos dos tendões, sinovias, músculos, fáscias, ligamentos que afetavam as regiões dos Membros Superiores (MMSS) se estendeu para as regiões da escápula e pescoço. Também foram integradas as diversas manifestações clínicas que poderiam ser apresentadas nas LER/DORT, sendo estas as tenossinovites e tendinites, epicondilites, síndromes do túnel do carpo e as síndromes cervicobraquial (VERTHEIN; MINAYO-GOMEZ, 2000). Assim, com esta revisão a previdência social entende que as LER podem ocorrer em diversas profissões e passam a utilizar essa nomenclatura oficialmente.

No ano de 1998, realizou-se uma nova revisão para DORT (VERTHEIN; MINAYO-GOMEZ, 2000; BRASIL, 2012), entendendo que esse nome era mais abrangente, pois a sintomatologia poderia relacionar-se a um esforço ou um trauma, e não apenas a realização de repetições, como se difundiu com a terminologia LER. Também se considerava nas DORT os riscos que o ambiente proporcionava, assim como a atividade repetitiva e as posturas inadequadas (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017).

### **2.2.2 Epidemiologia**

Publicação do Departamento do Trabalho dos Estados Unidos da América (EUA) relata que em 2016, no setor privado, as LER/DORT foram responsáveis por pelo menos 32% dos casos de lesões não fatais resultando em dias de afastamento do trabalho, com taxa de incidência variando entre 29,4 e 44,7

casos por 10.000 funcionários do governo local equivalentes em tempo integral (*UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR, 2015*).

Na União Europeia os locais de dor mais frequente são as costas e os MMSS, sendo que de todos os trabalhadores que relataram algum problema de saúde, 60% são identificados como LER/DORT como o mais preocupante. A proporção de trabalhadores diminuiu ligeiramente entre 2010 e 2015. (*EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2019*)

No Brasil, as LER/DORT são responsáveis por grande parte dos afastamentos do trabalho (*BRASIL, 2015*), estando entre as doenças crônicas relacionadas ao trabalho mais prevalentes, precedidas apenas pelos cânceres e pelas doenças mentais (*BRASIL, 2019*).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que é um estudo de base populacional em nível nacional realizada a cada cinco anos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2013, em uma amostra de 146,3 milhões de pessoas, 3.568.095 relataram apresentar LER/DORT. A última PNS iniciou-se em 2019, encerrando-se em março de 2020 (*PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013, IBGE, 2020*).

O Ministério da Previdência Social demonstra que as LER/DORT são consideradas, entre as doenças ocupacionais, as mais frequentes entre os trabalhadores do Brasil (*MEDINA; MAIA, 2016*). Já as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostram que entre os anos de 2007 e 2016 foram realizadas 67.599 notificações referentes a LER/DORT, traduzindo a necessidade de cuidados e de atenção dos governantes para a saúde da população trabalhadora (*BRASIL, 2019*).

Na cidade de Uberaba – MG, de 2007 a 2016, houve apenas 161 notificações de LER/DORT, sendo que entre 2007 e 2008 não ocorreram notificações (*PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA-MG, 2017*).

### **2.2.3 Etiologia**

Esses distúrbios apresentam etiologia multifatorial que envolve fatores físicos, organizacionais e psicossociais (*MORAES; BASTOS, 2013*). Podem resultar ou ser agravados por atividades de trabalho vigorosas e recorrentes, ou

prolongadas com recuperação inadequada (ROCKWOOD et al. 2009) e são descritos como lesões decorrentes ao uso excessivo do sistema musculoesquelético associado à ausência de tempo para a recuperação deste sistema (BRASIL, 2012, MELHORN, 2014), em consequência do trabalho realizado de forma inadequada, de acordo com as exigências das tarefas, ambientes físicos e com o processo da organização do trabalho, sendo consideradas como expressões de desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as possibilidades humanas tanto no que se refere à capacidade física como mental. O resultado dessa desproporcionalidade é um grande contingente de trabalhadores jovens, com dores crônicas, incapacitados, na maioria das vezes, no auge da sua força de trabalho, colocados à margem de qualquer possibilidade de ascensão social (PIVETTA et al., 2005).

#### **2.2.4 Quadro clínico**

Esses acometimentos são caracterizados pela ocorrência de vários sintomas (concomitantes ou não), como dor, parestesia, sensação de peso, fadiga muscular, que se manifestam principalmente no pescoço e cintura escapular, mas que também podem ser observadas em Membros Inferiores (MMII) e coluna, levando ao comprometimento de várias estruturas, tais como músculos, nervos, tendões, articulações e cartilagens (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017, BRASIL, 2012).

#### **2.2.5 Diagnóstico**

Uma limitação do seu tratamento é a falta donexo causal, porém de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde, isto não é uma atribuição exclusiva do médico e pode ser estabelecido pelos profissionais que integram a equipe multidisciplinar, pois se entende que uma anamnese adequada e completa, é um procedimento que deve ser realizada por todos os profissionais da área da saúde (BRASIL, 2012).

“Para a caracterização da doença ocupacional, não há necessidade de que se descubra a verdadeira causa da doença, bastando que haja uma relação de causalidade – ainda que não seja única – entre a doença e o trabalho” (SILVA, 2010, p. 11).

A Instrução Normativa nº 98, de 5 de dezembro de 2003, que aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos-LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-DORT (BRASIL, 2003), precursora das orientações sobre a conclusão diagnóstica, afirma a importância de se considerar o quadro clínico, a sua evolução, os fatores etiológicos possíveis, com destaque para a anamnese e fatores ocupacionais. Dessa maneira, esta norma retrata que a partir das informações obtidas será possível estabelecimento do diagnóstico dos indivíduos avaliados.

No entanto, alguns profissionais de saúde se orientam pelo modelo biomédico, visualizando o trabalhador em fragmentos e assim, centram-se a sua atenção no acometimento pontual relatado pelo mesmo, não visualizando este indivíduo de forma global, inclusive não buscando a compreensão do contexto que o trabalhador está inserido e que pode ser o grande causador de seu acometimento (ZAVARIZZI; BARACHO; de ALENCAR, 2018).

O Protocolo de Dor Relacionada ao Trabalho do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), também reafirma as informações da Instrução Normativa nº 98, mas ressalta e preconiza a importância da avaliação completa no estabelecimento do Nexo Causal. Pois, conforme a orientação deste protocolo, quando se tem uma avaliação adequada, com a investigação detalhada das queixas relatadas pelo trabalhador, associado à realização de um exame físico minucioso e a integração destas informações a dados epidemiológicos, se tem a possibilidade da conclusão da vinculação do distúrbio musculoesquelético com o trabalho ou não, e assim, é possível o estabelecimento do Nexo Causal de LER/DORT.

Para melhor fundamentação da determinação no Nexo Causal, na avaliação do trabalhador devem ser obtidas as seguintes informações: história das queixas atuais (tempo de duração dos sintomas, localização, intensidade, tipo ou padronização, início e forma de instalação do acometimento e aspectos que melhoram e pioram); Indagação sobre os diversos aparelhos (questionamento sobre presença de outros sintomas e outras doenças que já foram diagnosticadas); Comportamento e hábitos relevantes (identificação de atividades extra laborais); Antecedentes Pessoais (algum trauma ou

adoecimento precedente que possam ter levado e/ou agravado o processo de cronicidade do acometimento) e Familiares; Anamnese Ocupacional (é um item fundamental, onde se investiga diversas condições relacionadas a atividade laboral e entre elas estão o tipo de ocupação exercida, como é executada, por quanto tempo a realiza, postura adota, tipos de pausa, descrição do posto de trabalho, repetitividade, ritmo, metas e organização do trabalho) e para finalizar se tem a realização do exame físico geral e específico (BRASIL, 2012).

As normas e instruções da previdência alertam para o fato de que os achados dos exames físicos podem ser extremamente discretos e não evidenciar o sofrimento pelo qual passa o trabalhador (BRASIL, 2001; SIENA, HELFENSTEIN JUNIOR, 2009).

O Protocolo do Ministério da Saúde ainda traz que, caso após a anamnese e a realização do exame físico existir dúvida quanto ao Nexo Causal de LER/DORT, recomenda-se a realização de exames complementares e/ou avaliação especializada e a investigação *in loco* do posto de trabalho. Após a obtenção destas informações, orienta-se a reunião destes dados aos obtidos na anamnese, e aos achados epidemiológicos e da literatura, para que se chegue a um diagnóstico conclusivo (BRASIL, 2012).

A definição do Nexo Causal de LER/DORT, de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde, não é uma atribuição exclusiva do médico e pode ser estabelecido pelos profissionais que integram a equipe multidisciplinar, pois se entende que uma anamnese adequada e completa é um procedimento que deve ser realizada por todos os profissionais da área da saúde (BRASIL, 2012).

Quando o trabalhador precisa ser afastado de sua atividade laboral, o médico perito do INSS deve realizar uma escuta qualificada com o relato do trabalhador, checar a história clínica e ocupacional, realizar o exame físico e solicitar a análise de possíveis exames. Cabe ainda à perícia médica estabelecer o nexos se ainda não estiver estabelecido. É necessário destacar que outras doenças também se manifestam com dor crônica e existe a possibilidade de haver outro diagnóstico de doenças difusas do tecido conjuntivo, como Artrite Reumatoide, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Fibromialgia, etc. (BRASIL, 2016)

### **2.2.6 Aspectos emocionais**

A LER/DORT não envolve apenas a dimensão biológica, devendo também ser contempladas, no cuidado aos trabalhadores acometidos por esses agravos, as questões psicossociais envolvidas no processo de adoecimento (BRASIL, 2012). Dessa maneira, se faz necessário discorrer sobre suas consequências nos aspectos subjetivos da saúde como qualidade de vida, autoestima e transtornos mentais

Os sentimentos, experiências e a história de cada indivíduo são aspectos que devem ser considerados nas diversas estratégias de intervenção, ampliando a compreensão do processo de adoecimento e a conscientização de que os diferentes fatores culturais e sociais influenciam o corpo biológico (AUGUSTO et al., 2008). Nesse sentido, a atenção à saúde se dá com responsabilização, com a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, respeitando sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade (VIEGAS, 2013)

#### **2.2.6.1 Qualidade de vida**

A princípio, o termo qualidade de vida (QV) era empregado para caracterizar uma população com comportamentos de consumo de bens materiais, em seguida, esse conceito sofreu modificações e passou a abranger, juntamente com o bem-estar econômico, o acesso à saúde, à educação, ao crescimento industrial e às condições de saneamento básico (GOMES et al., 2017).

Com o surgimento dos movimentos sociais e a associação da QV à desigualdade social, a década de 1960 nos EUA trouxe uma ressignificação para a pesquisa, o que antes remetia às ideias de consumo e bens materiais passa a ser visto como um meio para entender-se uma população, como suas condições de saúde, trabalho, educação, moradia, lazer. Posteriormente alguns indicadores foram adicionados como mortalidade infantil, nível de escolaridade, saneamento básico, condições de moradia, esperança de vida, etc. A partir deste momento percebeu-se que estes dados contribuíam para a construção de respostas e políticas de saúde que fossem específicas para aquela população, o que levou muitos países criarem novas políticas de bem-estar social. Porém,

observou-se que quando a QV era comparada entre países, regiões e cidades os indicadores não eram suficientes e por muitas vezes eram discrepantes com a realidade daquela população como um todo, portanto houve uma necessidade de se falar da QV a partir da visão do próprio indivíduo, o quanto estavam satisfeitos ou insatisfeitos, tornando o sujeito seu próprio avaliador (PASCHOAL, 2002).

O Grupo de QV da Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como a percepção que o indivíduo tem de sua posição social na vida, relacionando-se com o contexto cultural e o sistema de valores nos quais vive, além de agregar seus objetivos, expectativas, padrões e suas preocupações (GOMES et al., 2017, SENA et al., 2018).

O interesse médico no constructo QV foi estimulado pelo sucesso em se prolongar a vida e pela compreensão de que isto pode ser um benefício equivocado: os pacientes querem viver, não meramente sobreviver (MCDOWELL; NEWEL, 1996).

A avaliação da QV é fundamental para que o tratamento, seja ele qual for, não esteja centrado na doença, mas sim no paciente e possibilite a identificação de problemas que passam despercebidos pelos médicos. Em indivíduos com várias queixas isso é de extrema importância, pois a identificação e a priorização dos problemas avaliados contribui para o entendimento do quadro que possivelmente não tenha nenhuma relevância clínica, porém pode explicar a gravidade e/ou os mecanismos de enfrentamento, além de facilitar a comunicação e as decisões clínicas em conjunto, realizar uma triagem de outros possíveis problemas e monitorar mudanças e respostas do tratamento (HIGGINSON; CARR, 2001).

Dentro desse conceito, a aplicação de instrumentos subjetivos que incluem a autopercepção e a autoavaliação dos fatores envolvidos é considerada uma opção rápida e eficaz para a investigação da QV (BOWLING, 2005).

#### 2.2.6.2 Autoestima

Na literatura não há um consenso sobre a definição sobre autoestima. Para Rosenberg (1965), é considerada um conjunto de sentimentos e

pensamentos sobre seu próprio valor, competência e adequação, refletindo em atitudes positivas ou negativas em relação ao próprio indivíduo. Relaciona-se a construtos psicológicos como bem-estar (SÁNCHEZ; BARRÓN, 2003) e autoconceito (MARTÍN-ALBO; NÚÑEZ; NAVARRO; GRIJALVO, 2007), sendo amplamente investigada no campo da psicologia da personalidade (SCHMITT; ALLIK, 2005).

Para Sena e Maia (2017), a autoestima é um objeto da percepção ou um pensamento criado através da combinação de percepções passadas e presentes, compreendidas pela psicologia no emprego de pesquisas relacionadas às fases de desenvolvimento humano. Desenvolve-se com o passar dos anos, é variável e formada por diversos sentimentos. Para que ela seja elevada, deve se sobressair o de competência e valor pessoal, acrescida de autorrespeito e autoconfiança, refletindo a capacidade de lidar com os desafios da vida.

Seu conceito tem sido estudado e considerado como um importante indicador da saúde mental (BRITTO RIBEIRO DE JESUS; DOS SANTOS; DA SILVA BRANDAO, 2015) e os teóricos salientam que ter uma autoestima elevada é crucial pois esta impulsiona uma maior confiança e segurança para viver a vida (TEIXEIRA et al., 2016).

Dada a sua relação com o ajustamento psicossocial, a autoestima tem sido vista como um importante indicador de saúde mental e um fator relevante nas análises de crescimento e progresso nos países desenvolvidos (MRUK, 1995) e a avaliação desta característica vem sendo considerada uma ferramenta importante na identificação e na prevenção de problemas psicológicos (FAN; FU, 2001).

Quanto a relação entre autoestima e trabalho, considera-se que esse, assim como valoriza e dignifica o homem, pode provocar sofrimento e adoecimento quando não realizado em condições adequadas, que não favorece as capacidades psicofisiológicas dos indivíduos (MARZIALE, 2010) e que esses fatores, presentes no contexto em que o trabalhador está inserido, além de comprometer sua saúde física, afetam também sua dignidade, autoestima, motivação, produzindo repercussões significativas em suas relações sociais e

familiares, interconectados no dia a dia do indivíduo (RODRIGUES; BELLINI, 2010).

### **2.2.7 Fisioterapia e LER/DORT**

Atualmente reconhece-se que a abordagem multidisciplinar é o mais indicado para o tratamento das LER/DORT, porém a abordagem fisioterapêutica é a primeira, e na maioria das vezes, a única intervenção para o tratamento das LER/DORT. Esta geralmente acontece por meio da cinesioterapia, hidroterapia, termoterapia, acupuntura, laser, entre outros, empregados com finalidade de controle de sintomas e tratamento dos pacientes acometidos (MENDES; LANCMAN, 2010, NASCIMENTO, 2017)

A cinesioterapia é a terapia pelo movimento, sendo a utilização de diferentes formas de atividade motora como meio de tratamento de enfermidades. Baseia-se nos conhecimentos de anatomia, fisiologia e biomecânica, a fim de proporcionar ao paciente um melhor e mais eficaz trabalho de prevenção, cura e reabilitação. Sua principal finalidade é a manutenção ou desenvolvimento do movimento livre para a sua função, e seus efeitos baseiam-se no desenvolvimento, evolução, restauração e manutenção da força, da resistência à fadiga, da mobilidade e flexibilidade, do relaxamento e da coordenação motora (KISNER; COLBY, 2016). É um recurso que pode ser aplicado de forma individual ou em grupo.

Os alongamentos são essenciais para prevenir distúrbios musculoesqueléticos relacionadas ao trabalho e na recuperação de amplitude de movimento. Podem ainda prevenir ou reabilitar, já com o início dos sintomas dolorosos (de MEDEIROS, 2012, BOSI, 2018, NASCIMENTO et al, 2017).

### **2.2.8 Atividades coletivas com trabalhadores com LER/DORT**

O caráter multifatorial e complexo das LER/DORT demandam, necessariamente, propostas de intervenção que vão além dos tratamentos clínicos e cirúrgicos tradicionais (BRASIL, 2012). Dessa forma, o tratamento desses trabalhadores requer uma abordagem interdisciplinar, em atuação integrada de profissionais de diferentes áreas para promoção da melhora da

qualidade de vida e da capacidade funcional, e não apenas o alívio da dor, como ocorre nos modelos tradicionais de reabilitação de trabalhadores (BARBOSA; SANTOS; TREZZA, 2007, LIMA; TAVARES; MAENO, 2013, OLIVEIRA, 2001, LIMA et al., 2010).

A abordagem grupal, por meio da formação de grupos terapêuticos, incluindo atividades de informação, vivências, de caráter pedagógico e/ou psicoterapêutico, podem contribuir para a melhora de quadros de dores osteomusculares (BRASIL, 2012), complementando o atendimento clínico e médico tradicional, no sentido de ampliar as intervenções, levando em conta os aspectos psicossociais nos processos de adoecimento (ZAVARIZZI; MATSUO DE CARVALHO; BARACHO DE ALENCAR, 2019), visando o atendimento integral do trabalhador adoecido, cuja abordagem considere a repercussão deste acometimento em sua vida familiar, laboral, social e afetiva (MERLO; JACQUES; HOEFEL, 2001, HOEFEL et al., 2004).

No contexto da saúde pública essa prática tem sido utilizada nos diversos espaços de saúde e especialmente com sujeitos acometidos por LER/DORT (ALENCAR, 2015; ALENCAR, 2012) e evidências têm mostrado maior eficácia importância da abordagem biopsicossocial em relação à abordagem biomédica tradicional, focada exclusivamente nos sintomas da doença, especialmente na esfera física (LIMA; TAVARES; MAENO, 2013).

Estudos realizados em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador utilizando esse recurso indicam a melhora da percepção do trabalhador sobre a unidade corpo-mente e, conseqüentemente, sobre o processo de adoecimento e recuperação (DE PAULA; DO AMARAL, 2019), permitindo que os trabalhadores compartilhassem as ansiedades e os medos diante das dificuldades e desafios encontrados, possibilitando a criação de estratégias individuais e coletivas que potencializam o enfrentamento e a resignificação do sofrimento (ZAVARIZZI; MATSUO DE CARVALHO; BARACHO DE ALENCAR, 2019).

## REFERÊNCIAS

1. ALENCAR, M. C. B. Aspectos relacionados aos afastamentos do trabalho por LER/Dort. Relato de experiência no Cerest-Santos. In: SIMONELLI, A. P.; RODRIGUES, D. S. **Saúde e trabalho em debate: velhas questões, novas perspectivas**. Brasília: Paralelo 15, 2012. p. 267-285.
2. ALENCAR, M. C. B. Intervenções da Terapia Ocupacional junto aos sujeitos afastados do trabalho por LER/DORT. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 889-898, 2015
3. ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? **Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2015b
4. ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, Sept.2015a. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282015000300407&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000300407&lng=en&nrm=iso)>. Acesso on 15 Aug. 2020.
5. ANTUNES, Ricardo. A crise, o desemprego e alguns desafios atuais. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 104, p. 632-636, Dec. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282010000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000400003&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Aug. 2020.
6. ASSUNÇÃO, A. Á.; ABREU, M. N. S. Fatores associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, Supl 1:10s, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000282.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000282.pdf)> Acesso em: 10 Set. 2020.
7. AUGUSTO, V.G.; SAMPAIO, R.F.; TIRADO, M.G.A.; MANCINI, M.C.; PARREIRA, V.F. Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. **RevBrasFisioter.** v.12, n.1, p. 49-56, 2008.
8. BARBOSA, M.S.A.; SANTOS, R.M.dos; TREZZA, M.C.S.F. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n. 5, p. 491-496, Oct 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500002&lng=en&nrm=iso)> access on 13 Out. 2020.
9. BOSI, P.L. Fisioterapia preventiva na avaliação ergonômica de um escritório. **Fisioterapia Brasil**, v 7, n.5, p.363-366, 2018. DOI: 10.33233/fb.v7i5.1932

10. BOWLING, A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. **Journal of Public Health (Oxford, England)**, v.27, n.3,p. 281-291, 2005. DOI: 10.1093/pubmed/fdi031
11. BRASIL, 2016. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional. Coordenação Geral de Monitoramento de Benefícios por Incapacidade. **A concessão de auxílio-doença relacionado a LER/DORT nos anos de 2006 a 2014**. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefício por Incapacidade. Brasília, 2016.
12. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de **Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho Lesões por esforços repetitivos (LER) Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)**; elaboração Maria Maeno et al., Brasília, 70 p., 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor\\_relacionada\\_%20trabalho\\_lesoes\\_ler.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_%20trabalho_lesoes_ler.pdf)> Acesso 05. Maio 2020.
13. BRASIL. LER e DORT são as doenças que mais acometem os trabalhadores, aponta estudo. **Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ler-e-dort-sao-as-doencas-que-mais-acometem-os-trabalhadores-aponta-estudo>. Acesso em 04 de jun. de 2020
14. BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 98, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2003. **Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos-LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho DORT**. 2003. Disponível em: <<http://www.usp.br/drh/novo/legislacao/dou2003/mpasin98.html>> Acesso em: 14 Set 2020.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT**. Brasília, DF: 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diag\\_tratamento\\_ler\\_dort.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diag_tratamento_ler_dort.pdf)> Acesso em: 11 Jul. 2020.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. SAÚDE BRASIL 2018 Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília, DF: 2019. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2018\\_analise\\_situacao\\_saude\\_doencas\\_agravos\\_cronicos\\_desafios\\_perspectivas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf)> Acesso em: 13 Jun 2020.
17. BRITTO RIBEIRO DE JESUS, P.; DOS SANTOS, I.; DA SILVA BRANDAO, E. A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy.

- Aquichan**, Bogotá, v. 15, n. 1, p. 75-89, Jan. 2015. Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972015000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000100008&lng=en&nrm=iso)>.Access on 13 Agosto 2020.
18. BROOKS, Peter. The burden of musculoskeletal disease--a global perspective. **Clinical Rheumatology**. Austrália, v.25, p.778-781, 2006. DOI: 10.1007/s10067-006-0240-3
19. DE MEDEIROS, U.V; SEGATTO, G.G. Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares (Dort) em dentistas. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.69, n.1, p.49-54, 2012. ISSN 0034-7272. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72722012000100012](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722012000100012). Acesso em: 20 mai. 2020.
20. DE PAULA, E.A; DO AMARAL, R. M. M.F. Atuação interdisciplinar em grupos de qualidade de vida para pacientes com Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – LER/DORT. **Rev. bras. saúde ocup. [online]**, São Paulo, v.44, Epub. 5, fev. 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v44/2317-6369-rbso-44-e5.pdf>> Acesso em: 14 Set 2020.
21. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK – EU-OSHA. Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU. 2019. DOI:10.2802/66947
22. FAN, F.; FU, J. Self-concept and mental health of college students. **Chinese Mental Health Journal**, 15, 76-77, 2001.
23. FERNANDES, M. A. et al. Transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores: estudo sobre os afastamentos laborais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03396, 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100473&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100473&lng=en&nrm=iso)> access on 20 Set. 2020.
24. GOMES, K. K. et al. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 15, n. 1, p.18-28, 2017.
25. HIGGINSON, I. J, CARR, A.J. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. **BMJ**. v. 322, p. 1297-1300, 2001. DOI:10.1136/bmj.322.7297.1297
26. HOBBSAWN, E. 1995: ESTADOS UNIDOS: o contexto dos anos 1970 e as crises do petróleo – por Havana Alicia de Moraes Pimentel Marinho **Revista História em Reflexão**: v. 4, n. 7, UFGD - Dourados jan/jun 2010 2 393
27. HOEFEL, M. DA G.; JACQUES, M. DA G.; AMAZARRAY, M.R.; MENDES, J.M.R.; NETZ, J.A. Uma proposta em saúde do trabalhador com

portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. **Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho**, v.7, p.31-39, 2004.

28. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE conclui coleta da PNS e prevê novas pesquisas de saúde. Brasília: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, [16 mar. 2020]. Disponível em:

<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27124-ibge-conclui-coleta-da-pns-e-preve-novas-pesquisas-de-saude>> Acesso em: 13 maio 2020.

29. KISNER, C.; COLBI, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. 6. Ed. São Paulo: Manole, 2016.

30. LIMA C.Q.B.; TAVARES, D.S.; MAENO M. (Org.). **Proposta de diretrizes para uma política de reabilitação profissional**. São Paulo: Fundacentro; 2013.

31. LIMA, M.A.G. et al. Programa de reabilitação de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na saúde do trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 112-121, jun. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572010000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100012&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 10 de Jul. 2020.

32. MARTÍN-ALBO, J.; NÚÑEZ, J.; NAVARRO, J.; GRIJALVO, F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 10, n. 2, p. 458-467, 2007.

33. MARZIALE, M.H.P. Contribuições do enfermeiro do trabalho na promoção da saúde do trabalhador. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. vii-viii, Apr. 2010. Available from. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200001&lng=en&nrm=iso)> access on 17 Agos. 2020.

34. MASSELI, M.R e col. Hidroterapia no Tratamento de Pacientes com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista Dor**, v.10, n.4, p.307-312, 2009. Disponível em: [http://bvsm/ saude.gov. br/bvs/ publicacoes/ publicacao\\_ artigo\\_ pesquisa\\_ unesp\\_ cerestpp](http://bvsm/ saude.gov. br/bvs/ publicacoes/ publicacao_ artigo_ pesquisa_ unesp_ cerestpp). Acesso em: 17 mai. 2020.

35. MCDOWELL, I.; NEWELL, C. **General Health Status and Quality of Life**. In: MCDOWELL, I.; NEWELL, C., ed. **Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires**. 2.ed. New York, Oxford, Oxford University Press, 1996. p.380.

36. MEDINA, F. S.; MAIA, M. Z. B. A subnotificação de LER/DORT sob a ótica de profissionais de saúde de Palmas, Tocantins. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100206&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100206&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 05 maio 2020.

37. MELHORN, J. M. **Epidemiology of musculoskeletal disorders and workplace factors**. In: **Handbook of Musculoskeletal Pain and Disability Disorders in the Workplace**. Springer, New York, NY. p. 175-204. 2014
38. MENDES, L; LANCMAN, S. Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.35, n.121, p.23-32, 2010. DOI: 10.1590/S0303-76572010000100004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572010000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 17 mai, 2020.
39. MERLO, Á.R.C.; JACQUES, M.G.C.; HOEFEL, M.G.L. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 253-258, 2001. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722001000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000100021&lng=en&nrm=iso)> access on 02 Out. 2020.
40. MORAES, P.W.T.; BASTOS, A.V.B. As LER/DORT e os fatores psicossociais. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 65, n. 1, p.02-20, 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672013000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100002&lng=pt&tlng=pt). Acesso em 03 de dez. 2020
41. MRUK, C. **Self-esteem: research, theory, and practice**. New York: Springer.1995.
42. NASCIMENTO, I. et al. A Contribuição da Fisioterapia nos Cuidados em Pacientes com dor oncológica. **REVISTA UNINGÁ**, v.54, n.1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/21>. Acesso em: Agosto, 2020.
43. OLIVEIRA, R.M.R. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
44. PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida na velhice**. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 186-190
45. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013. IBGE. **Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**, IBGE, 2014. Disponível em:<<file:///C:/Users/PATRICIA/Downloads/pns2013.pdf>> Acesso: 13 maio 2020.
46. PINHO, C.L.; BEZERRA, M.S. **Direitos trabalhistas no Brasil: uma aproximação crítica**. Disponível em <[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180026/101\\_00256.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180026/101_00256.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Acesso em: 28 Agosto 2020.

47. PIVETTA, A.D.; JACQUES, M.A.; AGNE, J.E.; et al. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas. **Revista Digital**, Buenos Aires. v. 10, n. 80, 2005. <https://www.efdeportes.com/efd80/dort.htm>
48. PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria de Saúde. **Boletim de Vigilância em Saúde**. Uberaba, MG: 2017. Disponível em: <<http://uberaba.mg.gov.br/portal/acervo//saude/arquivos/2018/Boletins%20Epidemiologicos/Boletim%2014%20-%20%20Vigilancia%20em%20Saude%20n.%2001.pdf>> Acesso em 13 maio 2020.
49. ROCKWOOD, C.A; MATSEN, F.A; WIRTH, M.A; LIPPITT, SB; FEHRINGER E.V; SPERLING, J.W. **Occupational shoulder disorders**. In: Halpern M, Mollon B, Zuckerman JD, editors. Rockwood and Matsen's **The Shoulder**. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2009. p. 1489.
50. RODRIGUES, P.F.V.; BELLINI, M.I.B. A organização do trabalho e suas repercussões na Saúde do Trabalhador e de sua Família. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 345-357, ago./dez. 2010.
51. ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press. 1965.
52. ROTH, M.; DECKER, O.; HERZBERG, P.; BRÄHLER, E. Dimensionality and norms of the Rosenberg Self-esteem Scale in a German general population sample. **European Journal of Psychological Assessment**, v. 24, n. 3, p. 190–197, 2008.
53. SÁNCHEZ, E.; BARRÓN, A. Social psychology of mental health: the social structure and personality perspective. **The Spanish Journal of Psychology**, v.6, p. 3-11, 2003.
54. SCHMITT, D.; ALLIK, J. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. **Journal of Personality and Social Psychology**, n. 89, p. 623-642, 2005.
55. SENA, A.G., FIGUEIREDO, M.L.; MOTA, E.C. et al. Life Quality: The Night Shift Work Challenge To Nursing Team. **Rev Fund Care Online**. v. 10, n. 3, p. 832-839. 2018 Jul./Sep. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.832-839>
56. SENA, R.M.C; MAIA, E.M.C. A utilização do constructo da autoestima nas pesquisas em saúde no Brasil: Contribuições conceituais à prática clínica. **Humanidades Médicas**, Campinas, v.17, n.2, p.383-395, 2017. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/hummed/hm-2017/hm172j.pdf>. Acesso em: 01 de Novembro de 2020

57. SIENA, C.; HELFENSTEIN JUNIOR, M. Equívocos diagnósticos envolvendo as tendinites: impacto médico, social, jurídico e econômico. **Rev. bras. reumatol.**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 712-725, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v49n6/v49n6a08.pdf>> Acesso em: 14 maio 2020.
58. SILVA, J.A.R.O. As perícias judiciais para a constatação de doença ocupacional: um gravíssimo problema a desafiar uma solução urgente, para a efetiva proteção a saúde do trabalhador. **Caderno de doutrina e jurisprudência da Escola de Magistratura da 15ª região**, v. 6, n. 1, p. 7-14, fev. 2010. Disponível em: <<http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/32491>>. Acesso em: 1 jul. 2010.
59. SILVA, K.M. et al. Efeito da hidrocinestoterapia sobre qualidade de vida, capacidade funcional e qualidade do sono em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.52, n.6, p 851-857, 2012.
60. TEIXEIRA, M.C. A invisibilidade das doenças e acidentes do trabalho na sociedade atual. **Revista de Direito Sanitário**, v.13, n.1, p.102-131, 2012.
61. Teixeira CM, Nunes FMS, Ribeiro FMS, Arbinaga F, Vasconcelos-Raposo J. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. CPD. 2016 Sep;16(3):55-66.
62. UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR. **Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work**. Washington: 2015. Disponível em: <https://www.bls.gov/news.release/osh2.nr0.htm>. Acesso em: 18 ago 2020.
63. VERTHEIN, M. A. R.; MINAYO-GOMEZ, C. A construção do "sujeito-doente" em LER. **Hist. ciênc. saúde-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 327-345, jul. – out., 2000. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702000000300005&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000300005&lng=pt&tlng=pt)> Acesso em: 10 maio 2020.
64. VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, Jan. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100019&lng=en&nrm=iso)> access on 22 Out. 2020.
65. VOS, T.; et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 39, p. 1211–1259, 2016.
66. ZAVARIZZI, C. P.; MATSUO DE CARVALHO, R. M.; BARACHO DE ALENCAR, M. C. Grupos de trabalhadores acometidos por LER/DORT: relato de experiência. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 45 e3, 2019. Disponível

em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e13.pdf>> Acesso em 30 maio 2020.

67. ZAVARIZZI, C.P.; BARACHO DE ALENCAR, M.C. Afastamento do trabalho e os percursos terapêuticos de trabalhadores acometidos por LER/Dort. **Saúde Debate.**, Rio de Janeiro, v.42, n.116, p.113-124, jan./mar., 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-11042018000100113&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000100113&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 13 maio 2020.

## **4 ESTUDO: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES COM DIAGNÓSTICO DE LER/DORT ATENDIDOS EM UM GRUPO DE INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR**

---

### **RESUMO**

**Introdução:** Os distúrbios musculoesqueléticos são causa significativa de limitação física e funcional em todo o mundo, podendo causar graves danos físicos, dores e alterar significativamente o estado psicossocial dos indivíduos afetados. **Objetivo:** realizar a análise da percepção das consequências biológica, psicológica e social das LER/DORT na vida de trabalhadores participantes de um grupo interdisciplinar. **Métodos:** Utilizou-se o Grupo Focal como técnica de investigação e foi realizada análise de conteúdo. Foram realizados 12 encontros, duas vezes por semana, onde foram aplicados o protocolo de exercícios pela fisioterapeuta e, em seguida realizada a abordagem psicossocial com a participação da fisioterapeuta e intervenções da Psicologia. Os encontros foram gravados para posterior transcrição das conversas. Após leitura e transcrição das mesmas foi feito agrupamento por similaridade de termos e então foi feita a categorização. **Resultados:** Foram criadas três categorias principais (biológica, psicológica e social), indicando a repercussão das LER/DORT na vida dos acometidos e ressaltando a importância da possibilidade do atendimento coletivo e da incorporação da mesma nos serviços de saúde que prestam o cuidado. **Conclusão:** O presente estudo apresentou as percepções dos trabalhadores acometidos por LER/DORT, destacando a importância da abordagem multidisciplinar e intervenção coletiva, uma vez que possibilita aos trabalhadores a realização de exercícios necessário à melhora de seu quadro, além incentivá-los a compartilhar experiências, opiniões sofrimentos e expectativas, sendo ainda uma oportunidade para promoção de saúde e prevenção de futuros agravos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do trabalhador; Transtornos Traumáticos Cumulativos; Pesquisa Interdisciplinar

**ABSTRACT:**

**Introduction:** Musculoskeletal disorders are a significant cause of physical and functional limitations worldwide, and can cause severe physical damage, pain and significantly alter the psychosocial status of affected individuals. **Objective:** to perform the analysis of the perception of the biological, psychological and social consequences of RSI/WRMSD in the lives of workers participating in an interdisciplinary group. **Methods:** The Focus Group was used as an investigation technique and content analysis was performed. Twelve meetings were held twice a week, where the exercise protocol was applied by the physiotherapist, and then the psychosocial approach was carried out with the participation of the physiotherapist and psychology interventions. The meetings were recorded for later transcription of the conversations. After reading and transcribing them, grouping was done by similarity of terms and then the categorization was done. **Results:** Three main categories were created (biological, psychological and social), indicating the repercussions of RSI/WRMSD on the lives of those affected and emphasizing the importance of the possibility of collective care and its incorporation in the health services that provide care. **Conclusion:** The present study presented the perceptions of workers affected by RSI/WRMSD, highlighting the importance of a multidisciplinary approach and collective intervention, since it allows workers to perform exercises necessary to improve their condition, in addition to encouraging them to share experiences, opinions, sufferings and expectations, as well as an opportunity for health promotion and prevention of future problems.

**KEY-WORDS:** Occupational Health; Cumulative Trauma Disorders; Interdisciplinary Research

## INTRODUÇÃO

Os distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, no Brasil, conhecidos como LER/DORT, são causa significativa de limitação física e funcional, podendo alterar significativamente o estado físico e psicossocial dos indivíduos afetados (BROOKS, 2006). Não envolvem apenas a dimensão biológica, devendo também ser contempladas, no cuidado aos trabalhadores acometidos por esses agravos, as questões psicossociais envolvidas no processo de adoecimento (BRASIL, 2012).

Estudo do *Global Burden of Disease* relatou que estes distúrbios foram a segunda causa mais comum de incapacidade em todo o mundo, tendo a dor nas costas como principal acometimento e que aproximadamente 20% a 30% das pessoas em todo o mundo vivem com uma doença musculoesquelética. (GBD, 2016). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no ano de 2013, em uma amostra de 146,3 milhões de pessoas, 3.568.095 relataram apresentar LER/DORT (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013, IBGE, 2020).

Assim, pela dimensão do problema e por suas repercussões na vida dos trabalhadores, é importante que profissionais envolvidos no tratamento e na reabilitação dos mesmos adotem, em suas abordagens, o modelo biopsicossocial, considerando não somente os conceitos clínicos, mas incluindo o empoderamento para enfrentar conflitos que englobam círculos familiares e sociais, empresa e previdência (ALENCAR, 2015; ANUNCIAÇÃO et al, 2016).

O tratamento coletivo oferece ao profissional e ao paciente uma chance de conceber estratégias e soluções dos problemas vividos coletivamente nas respectivas comunidades e ainda possibilita um lugar de livre expressão, em que o silêncio também pode ser visto como tal. Os grupos também podem se beneficiar devido a troca de discursos sobre a realidade individual e também com a colaboração dos diversos profissionais de saúde. Este tipo de tratamento tem dado a oportunidade ao trabalhador de auxiliá-lo a enfrentar a dor crônica e ainda oferecer a estes participantes a chance de reconstruir estratégias de saúde, para então praticar sua autonomia da melhor forma possível (SOUZA, 2005; MERLO, 2001).

Quando o paciente é inserido em um grupo terapêutico, há a possibilidade de trabalhar com outros objetivos sem ser os meramente fisiológicos, haja visto que outras atividades podem acontecer concomitantemente à reabilitação. Isto permite maior aproximação terapeuta-paciente além de promover um pensamento crítico-reflexivo, com consequente melhoras (HOEFEL, 2004).

Devido à alta complexidade destes distúrbios e ao baixo índice de realização das terapias coletivas interdisciplinares nos serviços de atenção à saúde, este trabalho tem a proposta de mostrar estas percepções, através da visão do trabalhador, dos impactos provocados pela LER/DORT, porém por uma abordagem terapêutica interdisciplinar com um olhar generalista.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo possui uma abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva, desenvolvido com a técnica de grupo focal (GF) (BARBOUR, 2009; MINAYO, 2017) e faz parte de um projeto denominado “Aspectos sociodemográficos, emocionais, clínicos e de funcionalidade de trabalhadores com distúrbio osteomuscular encaminhados para atendimento fisioterapêutico na Unidade Especializada em Reabilitação (UER) do município de Uberaba/MG”, que inclui estudos de validação, ensaios clínicos randomizados, estudos transversais e estudo qualitativo

Participaram do estudo trabalhadores com diagnóstico clínico de LER/DORT em membros superiores, inferiores e coluna vertebral, encaminhados para atendimento fisioterapêutico na Unidade Especializada em Reabilitação (UER), dos sexos masculino e feminino, a partir de 18 anos, que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O diagnóstico clínico de LER/DORT é possível quando se tem uma avaliação adequada, com a investigação detalhada das queixas relatadas pelo trabalhador, associado à realização de um exame físico minucioso e a integração destas informações a dados epidemiológicos, assim pode se concluir a vinculação do distúrbio musculoesquelético com o trabalho ou não. A definição do Nexo Causal de LER/DORT, de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde, não é uma atribuição exclusiva do médico (BRASIL, 2012).

Não foram incluídos os indivíduos que apresentaram diagnóstico de afecções musculoesqueléticas sem relação com o trabalho e que apresentaram declínio cognitivo (avaliado pelo teste do relógio (SUNDERLAND et al., 1989; MENDES-SANTOS et al., 2015). Foram excluídos do estudo aqueles que não concluíram ou apresentaram três faltas consecutivas durante o protocolo de intervenção.

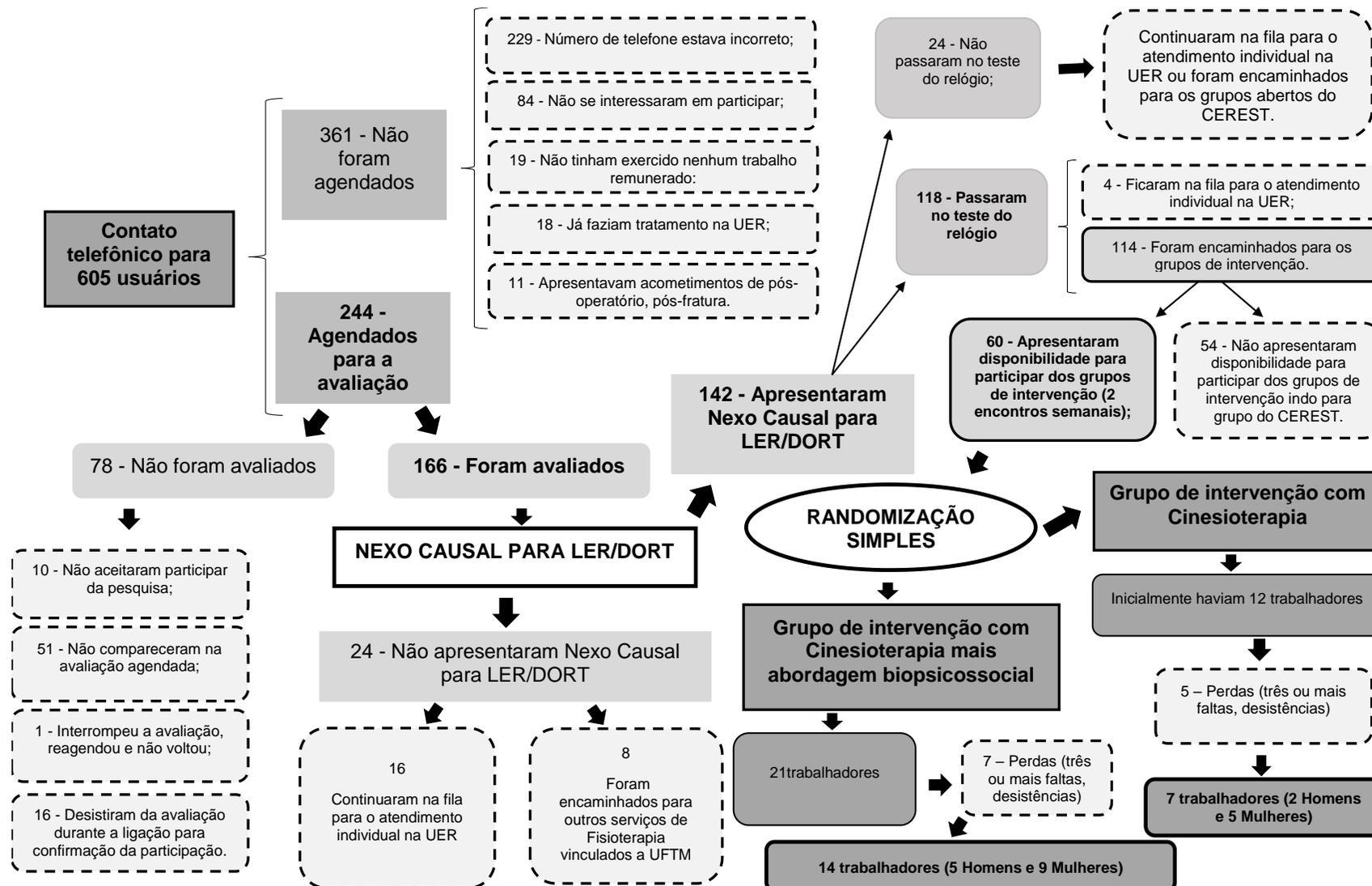
Para avaliação dos aspectos sociodemográficos foi desenvolvido um instrumento elaborado pelos autores, utilizando como base a Pesquisa de Amostra de Domicílios do IBGE para valores de anos de estudo e renda familiar, além dos pontos relevantes para a caracterização (IBGE, 2015). Para a avaliação dos aspectos ocupacionais, considerando que o histórico ocupacional fornece as informações sobre o trabalho, que são necessárias para determinar, juntamente ao exame físico, se o adoecimento é decorrente de fatores ocupacionais (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011), os pesquisadores elaboraram um instrumento nomeado de Histórico Ocupacional que teve como base a Instrução Normativa nº 98 do Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2003).

Para a avaliação da intensidade dos sintomas foi inserida uma Escala Numérica de 0 (sem sintomas) a 10 (pior intensidade possível), para cada região do corpo avaliada pelo *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (NMQ), que foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração de relato de sintomas musculoesqueléticos.

Foram realizados 12 encontros, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Uberaba, local previamente definido pelos pesquisadores para garantir aos participantes as condições de sigilo e privacidade, tiveram duração de 120 minutos, sendo os primeiros 60 dedicados à intervenção da Psicologia e os outros à intervenção da Fisioterapia (Figura 1).

Os 12 encontros foram realizados sem interrupção e sem alteração do protocolo. Não houve relacionamento prévio à pesquisa entre pesquisador e trabalhador. As transcrições não foram compartilhadas com os trabalhadores e foram armazenadas em formato de documento word para acessos caso

necessário. Para garantir a segurança e o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas por números (trabalhador 1, 2, 3 etc.).



Fluxograma do processo de seleção dos participantes

Os trabalhadores foram avaliados por meio de exame físico e pelo *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (NMQ), que foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração de relato de sintomas musculoesqueléticos (PINHEIRO; TRÓCCOLI; CARVALHO, 2002). Estes apresentaram sintomas generalizados, característicos das LER/DORT com início do quadro há mais de dois anos. Foram realizados 16 exercícios, executados por uma fisioterapeuta, tendo como objetivo atuar globalmente, visando alongamentos, mobilizações e fortalecimento, conforme descrito por (MENDES, LANCMAN, 2010; SILVA et al, 2012). Foram realizadas 12 sessões, duas vezes por semana (KISNER; COLBY, 2016)



Figura 2: Protocolos dos exercícios – Cinesioterapia

Baseado em Kisner e Colby (2016), Mendes e Lancman (2010), Silva et al. (2012)

As atividades da psicologia tiveram como objetivo suscitar a discussão sobre o adoecimento consequente ao trabalho e seu impacto nas vidas dos participantes. A disposição das cadeiras era em círculo para estimular o debate e a interação dos trabalhadores (DEBUS, 1997) e as para evitar o posicionamento hierárquico, as profissionais sentaram-se intercaladas. Essa disposição visa permitir que a diminuição das barreiras psicológicas, aumento da sensação de acolhimento e ajuda nas atividades de modo mais equilibrado. Em todos os encontros havia um moderador presente e este possuía um caráter interdisciplinar. É importante salientar que em ambas intervenções os profissionais participavam ativamente para desenvolver um ambiente acolhedor e propício para o desenvolvimento das discussões. A Figura 1 apresenta a ilustração das atividades coletivas.



Figura 1: Atividades desenvolvidas  
Fonte: Arquivo pessoal

No primeiro encontro foi realizado um processo de familiarização dos trabalhadores e equipe, a partir disto, foram iniciados pela aferição da pressão arterial seguidas pela aplicação do protocolo de exercícios, pela fisioterapeuta. Em seguida foi realizada a abordagem psicossocial com intervenção de uma psicóloga e participação da fisioterapeuta. A descrição dos objetivos e atividades desenvolvidas são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos objetivos da Psicologia e atividades propostas

<b>Encontro</b>	<b>Perguntas norteadoras</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Atividade</b>
1	Quem o outro é e quem eu sou?	Estabelecer contrato terapêutico; Criar vínculo com participantes e germinação de uma identidade de grupo	Dinâmica Cosme e Damião: O grupo é dividido em duplas e após alguns minutos de diálogo, um indivíduo apresenta o outro ao restante do grupo (TOSTES, 2003)
2	Como me vejo? Como gostaria de ser? Como realmente posso ser?	Comparar a auto percepção real com a ideal; Fomentar discussão sobre possibilidades e mudanças de hábitos e empoderamento sobre a própria saúde	Representar através de símbolos, desenhos ou sentenças: 1 Como me vejo?; 2 Como gostaria de ser?; 3 Como realmente posso ser? (WACHS, 2010)
3	Como posso lidar com as dores e como crio estratégias para minha vida diária?	Retirar o foco do problema e começar a trabalhar o foco em soluções	Os indivíduos escreveram em um papel um problema que está vivenciando, sem se identificar. Os papéis foram dobrados e misturados para que cada um pudesse ler e sugerir a solução para o problema do outro
4	Como posso fazer o manejo e/ou prevenir as dores?	Discutir estratégias de enfrentamento (tanto dor física quanto emocional) e responsabilização (organizacionais e pessoais)	Discussão de um caso fictício (vinheta) de um trabalhador com demandas de sobrecarga (MARTINS, 2012)
5	Quando eu estou no meu momento de	Fomentar a reflexão e discutir estratégias em relação à maneira como são realizadas	Diversos objetos do cotidiano foram dispostos no chão e foi pedido que o indivíduo escolhesse

	lazer as dores melhoram? Quando foi a última vez que me permiti algo prazeroso?	atividades do dia a dia, bem como a necessidade de se permitir momentos de lazer e autocuidado	algun que representasse uma atividade de lazer/autocuidado que ele gostasse e que também escolhesse um objeto que representasse uma atividade que está prejudicada pelas dores.
6	O que posso contribuir enquanto indivíduo deste grupo?	Permitir uma atividade não estruturada para os indivíduos usufruírem mais do tempo do encontro e explorarem seus conteúdos pessoais	Cada membro foi convidado a compartilhar algo, a critério do indivíduo
7	Eu me percebi em alguma dor de outro participante? Sinto o mesmo tipo de dor?	Tornar visíveis as dores e comparar as auto percepções dos integrantes do grupo	Desenhar em papel pardo os corpos de dois voluntários do grupo para poder representar graficamente a localização da dor e qual a sensação percebida por cada um
8	Minhas decisões me prejudicam? Eu conheço meu corpo?	Estabelecer metas e empoderamento sobre a responsabilização nas mudanças desejadas e transmissão de informações sobre anatomia humana e ergonomia	Uma folha com quatro alvos e caixinhas para preenchimento das etapas foi criada especificamente para esse grupo, conforme as necessidades específicas. Os alvos foram: 1: Objetivos para si; 2: Autocuidado 3: Objetivo relacionado a família 4: Objetivo profissional
9	Qual meta eu consigo alcançar a curto, médio e longo prazos?	Ressaltar o processo gradativo de alcançar metas e a necessidade de estabelecer ações realistas e palpáveis	Foi retomada a atividade anterior dos alvos e os participantes foram convidados a relatar como foi realiza-la e os avanços e dificuldades em relação às etapas que definiram para concretizar seus objetivos
10	Eu identifico quando	Aplicar o trabalho em equipe e desmistificar o receio em pedir ajuda	Dinâmica de enfrentamento de desafio. Os participantes reunidos em pé e em círculo recebem um

	preciso de ajuda? Eu consigo pedir ajuda?		pirulito. Regras: 1. Manter o braço direito sempre estendido e o esquerdo para trás; 2. Fazer movimentos apenas para a direita ou para a esquerda, sem flexionar o braço; Escolhemos a pessoa mais próxima? Escolhemos a pessoa com quem temos afinidade?
11	Como foi participar deste grupo?	Colher <i>feedback</i> dos integrantes sobre a intervenção e levantar pontos positivos e negativos da experiência	Utilizar algumas perguntas para extrair o <i>feedback</i> dos participantes 1: Como entraram e como estão saindo? 2: O que ficará de bom e de ruim desse grupo? 3: Alguém sentiu incômodo nas atividades? 4: Vocês indicariam o grupo para outras pessoas?
12	Encontro livre de temas	Trabalhar a consciência corporal por meditação guiada e confraternizar	Os trabalhadores ressaltaram sua própria evolução e melhora dos sintomas das LER/DORT e expressaram interesse em continuar a participação em atividades grupais interventivas

Fonte: Autoria própria (2021)

Foi utilizado o Grupo Focal (GF) como técnica de investigação. Esta técnica, da metodologia qualitativa exploratória, tem como objetivo assimilar comportamentos, atitudes e pontos de vista dos participantes de um grupo com uma tónica definida. O pesquisador obtém as compreensões e as novas ideias do grupo e também incita a integração do grupo (SILVA et al. 2013).

É importante frisar que nos estudos de intervenção, o âmago da modificação não deve ser imediatista, pois o cotidiano difere-se da teoria. Portanto como metodologia coletiva, aumenta as colaborações pois favorece as discussões e produções (MENDES, PEZZATO, SACARDO, 2016).

As falas foram gravadas e transcritas na íntegra, sem inserções ou supressões, e submetidas à análise de conteúdo em modalidade temática

seguindo as diretrizes estabelecidas por Minayo (2020). A análise de conteúdo temático teve como resultado a construção das categorias e respectivas unidades de registro, conforme Tabela 3.

Os resultados são obtidos diretamente das falas oriundas dos relatos do grupo, no momento em que descreve suas percepções em torno do tema investigado (SILVA et al., 2013), no caso, a partir do diálogo e do debate sobre os impactos da LER/DORT sobre suas vidas.

## PROCEDIMENTO PARA A ANÁLISE DOS DADOS

Os encontros foram gravados para posterior transcrição das conversas. Foi adotado a análise de conteúdo por Bardin (2016) e Minayo (2017). Buscou-se assimilar como o trabalhador percebe a relação trabalho/doença, a busca por tratamento, também as consequências do seu adoecimento e demonstrar estratégias para lidar com a doença e suas dores. Após transcrição e leitura das mesmas foi feita a categorização. Foram criadas três categorias principais (biológica, psicológica e social). Da categoria biológica emergiu três subcategorias (dor crônica, tratamento farmacológico e tratamento por exercícios), para a psicológica a tomada de decisão sobre a própria vida e para a social a relação familiar, medo de perder o emprego, sem direitos trabalhistas e perda do emprego após afastamento. Para cada subcategoria foram registradas a quantidade de vezes que a mesma apareceu (unidades de registro).

## RESULTADOS

Em concordância com o método do grupo focal, participaram 14 trabalhadores, com idade média de  $52,79 \pm 6,12$  anos, com  $7,75 \pm 3,49$  anos de escolaridade, renda per capita de  $636,86 \pm 239,45$  reais, sendo a maioria mulheres (64,29%), Pretas/Pardas/Morenas (57,15%), em união estável (57,15%), com média de  $120,29 \pm 106,72$  meses na última ocupação, a maioria com até 8 horas de trabalho por dia (64,29%), com recolhimento previdenciário

(CLT/funcionário, Público/Autônomo) (71,43%). O tempo médio de início dos sintomas foi de  $8,14 \pm 8,69$  anos. Nenhum dos participantes tinham familiaridade entre si.

A Tabela 1, a seguir, apresenta a categorização, subcategorização e unidades de registro de respostas nos trabalhadores.

Tabela 1 Categorização, subcategorização e unidades de registro de respostas nos trabalhadores

<b>CATEGORIAS DE RESPOSTAS</b>	<b>n</b>
<b>VISÃO BIOLÓGICA</b>	
DOR CRÔNICA	63
Generalizada	04
Cervical	03
Membros Superiores (Ombros, cotovelos, braços, mãos/dedos)	08
Membros Inferiores (quadris, pernas, joelhos, tornozelos, pés)	29
Coluna (lombar, nádega, ciático)	19
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	19
MELHORA ATRAVÉS DOS EXERCÍCIOS	16
<b>VISÃO PSICOLÓGICA</b>	
TOMADAS DE DECISÃO SOBRE A PRÓPRIA VIDA	
Positivas	08
Negativas	01
<b>VISÃO SOCIAL</b>	
RELAÇÃO FAMILIAR	04
MEDO DE PERDER O EMPREGO	05
SEM DIREITOS TRABALHISTAS	05
PERDA DO EMPREGO APÓS AFASTAMENTO	03

Fonte: Autoria própria (2021)

## VISÃO BIOLÓGICA

### Dor crônica generalizada

As dores e seus diferentes tipos, afligem os trabalhadores e se fizeram presente durante todos os encontros, por vezes estritamente relacionado a doença propriamente dita e por vezes acompanhada de eventos psicossomáticos.

“Quando eu fico nervosa com alguma situação, dói tudo de cima embaixo [...]”

*Trabalhador 1*

“Os formigamento que me dá quando eu tô com muita dor na cervical e no trapézio, a noite tenho que dormir sentada [...] parece que tem formiga até no rosto [...]”

*Trabalhadora 2*

“Junto com a dor vem o estresse né?! Você ganhava aquele salário que dava pra você alimenta né?! Aí você encostado já ganha outro salario ne?! Aí você se sente assim sem poder fazer nada, sem poder complementar aquilo, ai você se sente bem mal [...]”

*Trabalhador 3*

### Tratamento farmacológico

O grupo revelou que quando verbalizam com os parentes sobre suas dores, geralmente esperam um acolhimento, no entanto são ignorados ou ouvem frases “você tem é que ir ao médico” e acabam sentindo ainda mais dor. A relação entre seus estados emocionais e a vivência da dor crônica obteve concordância enfática no grupo.

“Se você fala *ah* eu tô doente, aí eles *acha* que é tudo *manha*, é drama, é remédio, ninguém sabe *acalma* ali, porque as vezes até psicologicamente a pessoa *te* dando apoio você nem precisava *de toma* o remédio [...]”

*Trabalhadora 4*

“Minha filha fala assim, toma remédio que é a única coisa que sara, não adianta você ficar reclamando, que *reclama* não sara

não. Então isso me deixa chateada sabe? Porque além de você tá doendo, a pessoa acha que é só remédio que cura [...]"

*Trabalhadora 5*

Foi observada uma variedade de descrições e relatos de múltiplas dores em vários participantes e riscos relativos ao desconhecimento farmacológico e a conduta de automedicações.

"Há uns 10 *mês* pra trás eu chorava de madrugada, não aguentava de dor. Pensa no melhor remédio *pra* dor. Não existia *pra* mim. Eu achei *tava* morrendo porque isso não existe..."

*Trabalhador 6*

"Fui na farmácia [...] tomei injeção vermelha, tomei uma, aliviou um pouquinho, tomei uma segunda, tomei uma terceira e não voltei. Mas já *tá* acostumado com dor ne?! Remédio *pra* mim, assim, eu tomo só se eu tiver morrendo..."

*Trabalhador 6*

## **Melhora através dos exercícios**

Esta categoria emergiu das falas relativas ao programa de intervenção em grupo por exercícios pela fisioterapia. Houve consenso de que as dores físicas diminuíram, alguns trabalhadores até não as sentem mais e outros atribuem às suas tarefas repetitivas que estão intrínsecas a profissão. Os trabalhadores relatam que os exercícios ajudaram a sanar dores principalmente na região do pescoço e ombros, dormem melhor e reduziram a ingestão de medicamentos.

"Mas achei que depois que passei a fazer exercício físico melhorou muito, muito, muito. Esse lado eu não virava, *pra* mim fazer qualquer coisa na hora do banho eu não conseguia [...]"

*Trabalhador 7*

"Eu dormia muito mal, eu levantava de manhã, nossa era um tormento colocar o pé no chão *pra* caminhar, eu saía mancando com os dois *pé*, de tanto que doía, os *pé*, o joelho, agora eu não sinto mais dor [...]"

*Trabalhadora 8*

Aproximando do final dos encontros o grupo, em sua maioria, apresentava melhoras físicas, como diminuição das dores, aumento de amplitude de movimento, bem como estratégias para enfrentamento da dor e do autocuidado. Alguns relataram a presença da cinesiofobia ansiando pelas dores, porém ao longo do tratamento desmistificaram este medo e também realizavam os exercícios em casa com o auxílio da cartilha oferecida pela Fisioterapeuta.

## VISÃO PSICOLÓGICA

### Tomada de decisão sobre a própria vida

A ampla maioria disse que não possuía nenhum lazer ou que já não lembrava de quando foi a última vez que fez algo prazeroso para si, usando como justificativa a falta de tempo ou o cansaço, porém um dos trabalhadores relatou que não sentia as dores intensas nas pernas quando praticava seu *hobby* favorito: dançar.

[...] '6 anos com dor no pé mas *pra andá* e dança não sinto dor não [...]"

*Trabalhador 9*

"O *stress* ele ataca muito meu estomago e por causa disso eu tive um outro problema, eu voltei a fumar por causa disso, já tinha 14 anos que eu não fumava e por causa do *stress* e dessa ansiedade voltei a fumar, sou louca *pra* parar mas não consigo [...]"

Trabalhadora 10

"Eu vi a importância que tem, você se colocar a frente dos *problema* sabe? Pensar primeiro em mim, no meu bem-estar, na minha saúde, no que é melhor *pra* mim [...] É devido tudo que foi falado aqui [...]"

*Trabalhadora 8*

"Esses dias tomei uma decisão, não vou tomar remédio e eu não tô tomando remédio e minha perna inteira adormece que eu fico doidinha [...]"

"Antes eu adorava dançar, dançava e dançava hoje [...] nossa, não fala *esses trem* comigo não nossa senhora, adoro ficar quietinha no meu canto, adoro ficar sozinha, *pra mim* refletir [...]"

*Trabalhadora 10*

“O livro me dá super prazer em ler, me acalma e não me atrapalha em nada minhas dores, porque posso procurar um lugar confortável *pro* meu corpo e vou ler e viajar nas minhas histórias [...]. Última vez que peguei no livro tem mais de um mês e o ferro (de passar) foi domingo [...]”

Trabalhadora 8

## Visão social

Uma queixa comum foi a sobrecarga de tarefas (especialmente das mulheres), a obrigatoriedade do trabalho mesmo estando adoecido (mais frequentemente nos homens) e o cumprimento de longas jornadas de trabalho.

“Meu marido me ajuda porque eu não tenho condição de fazer meu serviço sozinha, ele sai tarde do serviço, as vezes fecha a oficina e fica trabalhando lá dentro. Chega 9:30, 10 horas entra *pra* dentro de casa e vai lava louça pra mim, ele vai *passa* um pano na casa e os jovens não *quer* saber se pai e mãe tá com dor não [...]”

Trabalhadora 8

“Quando eu comecei as dores ele me deu férias *pra mim* tratar aí quando eu voltei ele mandou embora [...] não teve dialogo”

Trabalhador 11

“É o medo ne? Não vou fazer isso no meu serviço ou vou trabalhar doente com o medo de perder o serviço, porque eles não tem medo de perder o funcionário? [...]”

Trabalhadora 12

O grupo se acolheu e era firmado o caráter grupal como unidade fortalecedora, em que todos se engajam nos problemas uns dos outros, valorizando-os e pensando em possibilidades de maneira conjunta, reforçando sempre que ninguém está só.

“*Pra* mim foi melhor do que esperava, porque eu sou meio assim, converso, tenho muita amizade, mas sou mais na minha, é raro eu ter, sei lá se é falta de confiança, então não me abro assim com qualquer pessoa [...]”

Trabalhador 6

## DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou as percepções do trabalhador sobre os impactos provocados pela LER/DORT, por uma abordagem terapêutica interdisciplinar com um olhar generalista e proporcionou ao pesquisador reunir, em um mesmo local e durante um espaço de tempo, uma determinada quantidade de indivíduos, coletando, a partir do diálogo e do debate com e entre os participantes, informações acerca do tema de LER/DORT (FLIK, 2009). A técnica utilizada é especialmente útil pois pode contemplar todo o tipo de sujeito, incluindo analfabetos, o que se deu por verdade neste estudo (DIAS, 2000).

Na visão biológica, no que tange dor crônica generalizada, estas se fizeram presente durante todos os encontros, seja relacionada ao próprio distúrbio, seja acompanhada de eventos psicossomáticos. Cabe lembrar que o tempo médio de início dos sintomas dos trabalhadores do presente estudo foi de  $8,14 \pm 8,69$  anos, caracterizados, portanto, como crônicos.

As LER/DORT são caracterizadas pela ocorrência de vários sintomas (concomitantes ou não), como dor, parestesia, sensação de peso, fadiga muscular, levando ao comprometimento de várias estruturas, tais como músculos, nervos, tendões, articulações e cartilagens (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017; BRASIL, 2012). Inicialmente há a presença de sensação de peso e desconforto no segmento afetado. No entanto, quando não tomadas as devidas providências na fase inicial e aguda, frente a eliminação ou minimização dos fatores de risco, podem chegar a um nível de dor insuportável, resistentes a diferentes tratamentos, com presença de edemas, perda significativa da força muscular, comprometimento da funcionalidade e quadros de sofrimento mental (SANTOS, PEREIRA, 2017).

O que as diferencia de outras dores crônicas é a sua relação com o trabalho, uma vez que, geralmente, os trabalhadores ocultam o problema por medo de perder o emprego ou pelo receio de alguma punição (BRASIL, 2015). O sofrimento mental dos mesmos envolve múltiplos fatores contributivos, dentre eles o preconceito, tendo em vista que esses quadros são mal vistos pela sociedade, sendo associados à preguiça e a incapacidade para o trabalho e o fato de provocarem o afastamento das atividades e de seu convívio social ou

ameaças constantes de perda do emprego que geram sentimento de insegurança no trabalhador (SANCHES et al., 2017, MARQUES; GIONGO, 2015).

Em relação a melhora através dos exercícios, os trabalhadores relatam que estes ajudaram a sanar dores, melhorar o sono e reduzir a ingestão de medicamentos. Aproximando do final dos encontros o grupo, em sua maioria, apresentava melhoras físicas, como diminuição das dores, aumento de amplitude de movimento, bem como estratégias para enfrentamento da dor e do autocuidado.

De fato, os exercícios terapêuticos são importantes para o controle e redução dos sintomas musculoesqueléticos, sendo considerados padrão ouro para a melhora geral do quadro (BOOTH, et al. 2017; BRASIL, 2012) e a prática de atividades físicas minimiza os riscos de dor musculoesqueléticas e ainda atua diretamente na redução da intensidade da mesma (CHAVES et al., 2019).

Logo no primeiro encontro surgiram temas como diagnóstico de depressão, incompreensão familiar e a consciência de que os fatores emocionais intensificam as dores.

Outros estudos indicaram a influência dos fatores psicossociais na manifestação e agravamento dos sintomas de LER/DORT. Paula e Amaral (2018) observaram que os trabalhadores que iniciaram o tratamento estavam céticos, sem apoio familiar e perturbados emocionalmente, reverberando nos sintomas físicos e psicológicos. Estudo com trabalhadores na indústria de calçado correlacionou o *stress* e a insatisfação com o trabalho com dores entre homens e mulheres, concluindo que as mulheres sentem mais dores quando estão insatisfeitas com o trabalho e os homens sentem mais dores quando estão sob *stress* (SILVA, SILVA, GONTIJO, 2017). Ainda, quando o trabalhador aceita como natural realizar um trabalho em condições precárias, com baixa remuneração e alto desgaste, ele se culpabiliza e não discerne seu próprio trabalho como originador da doença (DALE, DIAS, 2018).

Quanto ao tratamento farmacológico, em virtude dos riscos que o desconhecimento sobre o tema e a conduta de automedicações (comum durante os encontros) podem acarretar, foi observada a necessidade de transmitir

informações técnicas sobre o tema, sendo colocado em pauta os efeitos adversos como úlceras, riscos cardiovasculares e elevação das morbimortalidades.

Revisão integrativa com trabalhadores da área da saúde indicou que os medicamento mais administrados na automedicação foram analgésicos, seguidos por anti-inflamatórios e antibióticos, sendo capazes de causar danos à saúde (GALVAN, PAI, GUANILO, 2016). Outro estudo de revisão sobre automedicação, afirma que a mesma é uma prática comum de trabalhadores propensos a serem acometidos por LER/DORT, o que pode acarretar em um uso insensato de medicamentos (OLIVEIRA, OLIVEIRA, MONTEIRO, 2020).

Nesse sentido, evidências corroboram que a atenção primária tem um importante papel para os indivíduos com dores musculoesqueléticas, pois pode seguir um tratamento não farmacológico e bem-sucedido com intervenções psicossociais e Fisioterapia (BABATUNDE, 2017)

Foram também apresentadas noções de anatomia, para que entendessem como a dor de um único ponto pode estar irradiando para outras partes do corpo e outras opções de tratamento, desmistificando a crença de que pessoas com dores não devem se exercitar, já que alguns relataram a presença da cinesiofobia. Ao longo do tratamento este medo se dissipou e passaram a realizar os exercícios em casa, com o auxílio da cartilha oferecida pela Fisioterapeuta.

Estudo com biomarcadores de danos de DNA, endossa os dados que a realização de atividade física de lazer está relacionada com a diminuição dos danos no DNA em trabalhadores sedentários (KAWAKAMI et al., 2019). Durante os encontros foi percebido que o lazer não era uma prática comum, porém era um refúgio para as dores físicas e psicológicas. Quando os trabalhadores são incentivados a participar de alguma atividade de lazer ou são inseridos em algum grupo de convívio há um manejo da saúde mental e do bem-estar social (ZAVARIZZI, CARVALHO, ALENCAR, 2019).

Dentro da visão psicológica, a tomada de decisão sobre a própria vida, é importante registrar que o trabalhador mais jovem do grupo foi o único a

considerar os fatores ergonômicos que o levam a sentir dores e como ele buscou melhorias em seu posto de trabalho, porém sem resultados.

Cabe ressaltar que no cenário capitalista em que nos encontramos, o trabalho tem recebido um significado diferente ao que tange realização, êxito e desenvolvimento do trabalhador, seja ele no âmbito pessoal ou profissional. Isto pode ser observado pelo sofrimento físico e/ou psíquico do trabalhador (DALE, DIAS, 2018). Quando o trabalhador não consegue equilibrar seu anseio com as imposições da organização do trabalho, o sofrimento inicia-se. Este sofrimento pode se manifestar no trabalhador com dores, problemas de coluna, estresse, desgaste físico, depressão, insônia dentre outros (FERREIRA, MEDEIROS, CARVALHO, 2017)

Quanto a visão social, uma queixa comum foi a sobrecarga de tarefas, especialmente das mulheres, que tem dificuldade em realizar as tarefas domésticas, o que trouxe para discussão sobre o autocuidado e as consequências de assumir muitas tarefas ou tarefas que estão além de sua capacidade. A palavra “esponja” repercutiu no grupo representando esta sobrecarga.

Há muito se discute que as mulheres sofrem constantemente o agravante das consequências da dupla jornada de trabalho, sendo no mercado de trabalho ou dentro da sua própria casa (SILVA, 2019). A prevalência do adoecimento por LER/DORT em mulheres é demonstrada em estudos outros estudos (MORAES, BASTOS, 2017; TAVARES et al., 2018; PANDOLPHI, COSTA, 2016, ASSUNÇÃO; ABREU, 2017), independentemente da profissão, justificando-se o significativo uso maior de psicofármacos entre estas. (GAVIRAGHI, 2016).

O discurso fortemente estabelecido é o da obrigatoriedade do trabalho, mesmo adoecido, configurando o presenteísmo e aparecendo mais frequentemente nos homens. Nota-se também que a melhora é almejada para o retorno as atividades laborais, pois há uma necessidade de sentirem-se úteis além de não terem outra alternativa, já que sua sobrevivência depende disto (DALE; DIAS, 2018)

Nesse sentido, estudo indicou predomínio do presenteísmo tanto de curta, como de longa duração em trabalhadores com desconforto ou dor, embora estes

demonstrem que quanto maior o período marcado pelos sintomas, maior o desânimo, concentração e, por fim, a ausência do desejo em ir ao trabalho. O apoio social, a cultura organizacional do ambiente e a segurança oferecida a este trabalhador, o conduz a procurar tratamento ou a continuar trabalhar doente, correndo o risco de piorar seu quadro álgico ou de adquirir alguma outra enfermidade (PIE, et al 2020)

O cumprimento de longas jornadas de trabalho foi manifestado como uma necessidade para arcar com despesas e para responder às pressões de patrões ou de si mesmos, cada vez maiores. As longas jornadas de trabalho, a falta de descanso e inexistência de pausas são características intrínsecas do capitalismo e explora a mão de obra do trabalhador sem ao menos oferecer o mínimo aporte para a execução da tarefa, seja ela exigindo força física ou não, já que a LER/DORT possui causa multifatorial (DALE, DIAS, 2018; MORAES, BASTOS 2018).

O presente estudo reforça a afirmativa de outros (PAULA, AMARAL, 2019; ZAVARIZZI, CARVALHO, ALENCAR, 2019) quanto a eficácia de grupos na reabilitação dos distúrbios musculoesqueléticos. Ainda, ressalta-se a importância das atividades coletivas na educação em saúde, pois o trabalhador pode exteriorizar seu discernimento, defender sua opinião ou apenas permanecer em silêncio, auxiliando os profissionais de saúde a criar estratégias para a promoção de saúde e enfrentamentos das adversidades compartilhadas pelos trabalhadores (SOUZA, et al. 2005).

A ausência de um estudo piloto é uma limitação deste estudo, porém ressalta-se a importância da possibilidade do atendimento coletivo e da incorporação da mesma nos serviços de saúde que prestam o cuidado, como uma estratégia importante para ampliar a assistência a maior número de trabalhadores no enfrentamento das dificuldades advindas das altas demandas à assistência adequada ao trabalhador, com resultados importantes para este.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo apresentou as percepções dos trabalhadores acometidos por LER/DORT, apresentando a importância da abordagem

multidisciplinar e intervenção coletiva, uma vez que possibilita aos trabalhadores a realização de exercícios necessário à melhora de seu quadro, além incentivá-los a compartilhar experiências, opiniões sofrimentos e expectativas, sendo ainda uma oportunidade para promoção de saúde e prevenção de futuros agravos.

## REFERÊNCIAS

1. ALENCAR, M.C.B. Intervenções da terapia ocupacional junto aos sujeitos afastados do trabalho por LER/DORT. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v.23, n.4, p.889-898, 2015.
2. ANUNCIÇÃO, C. et al. Sinais e Sintomas Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em Profissionais de Enfermagem. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n.2, p 31-40, 2016.
3. ASSUNÇÃO, A Á.; ABREU, M. N. S. Fatores associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51, Supl 1:10s, 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000282.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000282.pdf)> Acesso em: 11 Março. 2021.
4. BABATUNDE, O. O. et al. Effective treatment options for musculoskeleton pain in primary care: A sistematic overview of current evidence. **PLOS ONE**. v.12, n.6, e01786212017.
5. BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
6. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 98, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2003. **Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos-LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho DORT**. 2003
8. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de **Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho Lesões por esforços repetitivos (LER) Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)**; elaboração Maria Maeno et al., Brasília, 70 p., 2012. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor\\_relacionada\\_%20trabalho\\_lesoes\\_ler.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_%20trabalho_lesoes_ler.pdf)> Acesso 05. Agos 2020.
9. Brasil. Fundacentro. **Casos de LER/Dort ainda preocupam. Dia Internacional de Prevenção às Lesões por Esforços Repetitivos em 28 de**

**fevereiro serve de alerta sobre adoecimento, 2015.**

<http://www.fundacentro.gov.br/noticias/detalhe-da-noticia/2015/2/casos-de-lerdort-ainda-preocupam>.

10. BOOTH, J. et al.,. Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. **Musculoskeletal Care**, Austrália, v. 4, p. 413-421, Dezembro, 2017. DOI: 10.1002/msc.1191
11. BROOKS, P. The burden of musculoskeletal disease--a global perspective. **Clinical Rheumatology**. Austrália, v.25, p.778-781, 2006.
12. CHAVES A. O., et al. A influência da Fisioterapia na redução da intensidade da dor e no efeito global percebido de pacientes com dores musculoesqueléticas. **Fisioter Bras**, v. 20, p 147-55, 2019
13. DALE, A. P.; DIAS, M. D. A. A 'extravagância' de trabalhar doente: o corpo no trabalho em indivíduos com diagnóstico de LER/DORT. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 263-282, 2018.
14. DEBUS M. **Manual para excelência en La investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for EducationalDevelopment; 1997.
15. DIAS, C. A. GRUPO FOCAL: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 10, n.2, 2000.
16. FERREIRA, D. K. S.; MEDEIROS, S. M.; CARVALHO, I. M. Sofrimento psíquico no trabalhador de enfermagem: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 9, n. 1, p. 253-258, 2017.
17. FLICK, U. Managing quality in qualitative research. **Artmed**, 2009.
18. GALVIN, M. R.; PAI, D. D.; GUANILO, M. E. E. Automedicação entre os profissionais da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 20: e959, 2016.
19. GAVIRAGHI, D. et al. Medicalização, uso de substancias e contextos de trabalho em bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Psicologia e trabalho**. Porto Alegre, v. 16 n 1., pp.61-72, 2016.
20. VOS, T.; et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 39, p. 1211–1259, 2016.
21. HOEFEL, M. DA G.; JACQUES, M. DA G.; AMAZARRAY, M. R.; MENDES, J. M. R.; NETZ, J. A. Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. **Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho**, v. 7, p. 31-39, 2004

22. IBGE. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios, PNAD,2015**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso em: 02 Março. 2021.
23. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE conclui coleta da PNS e prevê novas pesquisas de saúde. Brasília: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 16 mar. 2020. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27124-ibge-conclui-coleta-da-pns-e-preve-novas-pesquisas-de-saude>>
24. KAWAKAMI et al. Leisure-time physical activity and DNA damage among Japanese workers. **PLoS one**. Japão, v. 14, n. 2, 2019.
25. KISNER, C.; COLBI, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. 6. Ed. São Paulo: Manole, 2016.
26. Marques, G. S; Giongo, C. R. Trabalhadores bancários em sofrimento: uma análise da literatura nacional. Revista. Psicologia, Organizacional & Trabalho, 2016; 16(3): 220-47.
27. MARTINS, S. R.; MENDES, A.M. Espaço coletivo de discussão: a clínica psicodinâmica do trabalho como ação de resistência. **Rev. Psicol., Organ. Trab.** Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 171-183, ago. 2012.
28. MENDES, L; LANCMAN, S. Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.35, n.121, p.23-32, 2010.
29. MENDES, R., PEZZATO, L.M., SACARDO D.P., Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciênc. Saúde Colet.** [Internet]. v. 21, n. 6, p. 1737-1745, 2016.
30. MENDES-SANTOS, L. et al. Specific algorithm method of scoring the Clock Drawing Test applied in cognitively normal elderly. **Dementia & Neuropsychologia**, v.9, n.2, p.128-135, 2015.
31. MERLO, A.R.C; JACQUES, M.G.C; HOEFEL, M.G.L. Trabalho de Grupo com Portadores de Ler/Dort: Relato de Experiência. **Psicologia: Reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 1, p. 253-258, 2001
32. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.
33. MORAES, P.W.T.; BASTOS, A.V.B. Os Sintomas de LER/DORT: um Estudo Comparativo entre Bancários com e sem Diagnóstico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 624-637, Jul./Set. 2017.

34. OLIVEIRA, A.F.; OLIVEIRA, M.R.C.; MONTEIRO, A.B. Automedicação com anti-inflamatórios não esteroidais por trabalhadores acometidos pela síndrome LER/DORT: Uma revisão. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 21, n. 2, p. 241-248, 2020.
35. PANDOLPHI, J.L.A.; COSTA, I.C.C. Análise das LER/DORT notificadas no estado do Rio Grande do Norte de 2010 a 2014. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 3, p. 82-96, 2016.
36. PAULA E.A; AMARAL R.M.M.F. Atuação interdisciplinar em grupos de qualidade de vida para trabalhadores com Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 44, n. 5, p 1 – 10, 2019.
37. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013. IBGE. **Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**, IBGE, 2014. Disponível em:<file:///C:/Users/PATRICIA/Downloads/pns2013.pdf> Acesso: 13 fevereiro 2021.
38. PIE, A. C. S. et al. Fatores associados ao presenteísmo em trabalhadores da indústria. **Revista brasileira saúde ocupacional**, São Paulo, v. 45, e13, 2020.
39. PINHEIRO, F.; TRÓCCOLI, B.; CARVALHO, C. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Revista Saúde Pública**. n. 36, v. 3, p 307-12, 2002.
40. Sanches, E. N. et al. Organização do trabalho, sintomatologia dolorosa e significado de ser portador de LER/DORT. *Psicologia Argumento*, 2017; 28(63): 313-24.  
<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20207>
41. SANTOS, J.C.; PEREIRA, H.C.B. Incidência de LER/DORT em funcionários do setor de Engenharia da Fundação Nacional de Saúde. **Arch Health Invest**. v. 6, n. 10, p 446-450, 2017
42. SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.2, p.355-358, 2011.
43. SILVA, K.M. et al. Efeito da hidrocinestoterapia sobre qualidade de vida, capacidade funcional e qualidade do sono em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.52, n.6, p 851-857, 2012.
44. SILVA, L. L. T. Mulheres e o mundo do trabalho: a infindável dupla jornada feminina. **Revista eletrônica Interações Sociais**. v. 3, n. 1, p. 120 – 131, 2019

45. SILVA, M.G. et al. Publicações que utilizaram o grupo focal como técnica de pesquisa: o que elas nos ensinam? **CiêncCuid Saúde**. v.12, n. 2, p.398-406. 2013
46. SILVA, J. M. N.; SILVA, L. B.; GONTIJO, L. A. Relationship between psychosocial factors and musculoskeletal disorders in footwear industry workers. **Production**, São Paulo, v. 27, e20162315, 2017.
47. SOUZA, A.C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.
48. SUNDERLAND, T. et al. Clockdrawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.37, n.8, p.725-729, 1989.
49. TAVARES, D. et al. Prevalência de LER/DORT na PEA de Santa Maria, RS conforme o sexo. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 10, n. 3, 14 fev. 2020
50. TOSTES, M.G.V. **Segurança no trabalho em unidades de alimentação e nutrição – Treinamentos e dinâmicas**. Monografia – Centro de Excelência em Turismo, Universidade de Brasília. Brasília. 2003.
51. WACHS, M. C. As dinâmicas simbólicas e a (re)construção da identidade docente. **Teocomunicação**. Porto Alegre, v. 40, n.2, p. 192 – 212, 2010.
52. ZAVARIZZI CP, CARVALHO RMM, ALENCAR MCB. Grupos de trabalhadores acometidos por LER/DORT: relato de experiência. **Cad Bras Ter Ocup**. v. 27, n. 3, p. 663 – 70, 2019.

## 5 APÊNDICES

---

### 5.1 Termo de consentimento livre e esclarecido

#### ESCLARECIMENTO

Convidamos você a participar da pesquisa: **ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, EMOCIONAIS, CLÍNICOS E DE FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORES COM DISTÚRBO MUSCULOESQUELÉTICO ENCAMINHADOS PARA ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA UNIDADE ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO DE UBERABA/MG.** O objetivo desta pesquisa é avaliar aspectos sociodemográficos, emocionais, clínicos, de funcionalidade e do trabalho de trabalhadores com distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho que foram encaminhados para atendimento fisioterapêutico na Unidade Especializada em Reabilitação (UER) de Uberaba.

Sua participação é importante, pois possibilitará o acolhimento, avaliação, orientação e tratamento de trabalhadores com esse comprometimento. Ainda os resultados dessa pesquisa poderão auxiliar nas políticas públicas de saúde, servindo como base para melhorar os pontos no serviço público de saúde que estão deficitários e o tratamento oferecido.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um questionário com questões sobre seus dados pessoais (como idade, estado civil, etc.), sobre sua situação de saúde (quais problemas de saúde você apresenta atualmente), sobre sua ocupação atual (trabalhando ou afastado, onde, o que faz, etc.) e sobre sua dor ou desconforto e em quais regiões de seu corpo. Você deverá responder ainda outros questionários referentes a seus Hábitos de vida, Funcionalidade (atividades que você é capaz de realizar), Qualidade de Vida, Capacidade para o trabalho (o quanto você se acha capaz de executar seu trabalho), Estresse no Trabalho, sobre sua Auto Estima (auto confiança, amor próprio) e Transtorno Mental Comum (sintomas depressivos, ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e concentração, etc.). Você

também passará por uma avaliação física relacionada à sua postura, força muscular e testes para identificação dos sintomas que vem apresentando.

Todo esse procedimento será realizado em sala reservada, na UER, para onde você foi encaminhado e o tempo estimado para concluir todas essas etapas é de aproximadamente uma hora.

Você terá a garantia de que será atendido pela fisioterapia, assegurando-lhe as condições de acompanhamento, tratamento e orientação, enquanto necessário. Para isso, após as avaliações você receberá orientações sobre como realizar corretamente suas atividades de vida diária e do trabalho (posturas adequadas para deitar, sentar, levantar carregar peso, etc.) e sobre exercícios de alongamento que poderá realizar em casa ou no trabalho para melhorar sua condição. Ainda receberá um manual de orientações confeccionado especialmente para você com figuras referentes as orientações recebidas para que você possa consultá-lo e executar corretamente as atividades e alongamentos.

Se o seu quadro clínico tiver relação com seu trabalho você receberá inicialmente o tratamento propostos por esse projeto que será realizado em grupos, na própria UER, em espaço disponibilizado pela coordenação desse serviço e incluirá três tipos: Exercícios utilizando o Método Pilates, exercícios utilizando outras técnicas de alongamento e fortalecimento muscular ou exercícios utilizando outras técnicas de alongamento e fortalecimento muscular associadas a vivências grupais onde serão abordados temas considerados importantes, como as causas do adoecimento, influência da doença nas limitações impostas pelo quadro clínico, modificações e novas alternativas para realizar as atividades de vida diária e do trabalho, dificuldades do tratamento e do controle do quadro doloroso, etc. A escolha de sua participação nos grupos será feita por sorteio, e após a fase de participação nos grupos você passará por uma reavaliação física relacionada à sua postura, força muscular e testes para identificação dos sintomas e continuará recebendo atendimento da Fisioterapia, por meio de uma parceria estabelecida entre a UER, CEREST e UFTM.

Se o seu quadro clínico não tiver relação com seu trabalho, durante a avaliação identificaremos sua necessidade de utilização de recurso

fisioterapêutico específico e tratamento individual ou se você poderá receber o atendimento em abordagem coletiva (exercícios em grupo). Os atendimentos serão realizados na própria UER. As atividades coletivas (exercícios em grupo) serão realizadas pelos pesquisadores, profissionais do CEREST e alunos do 10º período do curso de Fisioterapia no estágio supervisionado em Saúde do Trabalhador e Ergonomia, supervisionadas pela pesquisadora responsável por esse projeto.

Se o seu diagnóstico for de doença reumática você será encaminhado(a) ao Centro de Reabilitação Prof.Dr. Fausto da Cunha Oliveira da Universidade federal do Triângulo Mineiro, situado na R. da Constituição, 1009 - Nossa Sra. da Abadia e passará pelas avaliações específicas como parte da metodologia proposta para alcance dos objetivos do projeto da pesquisa bem como orientações e tratamento adequado.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas à sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, perguntando a qualquer pesquisador envolvido. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Desse modo, você não receberá qualquer valor em dinheiro e o deslocamento que fará para chegar até a Unidade Especializada de Reabilitação (UER) será de sua responsabilidade, uma vez que além de participar da pesquisa você receberá o tratamento neste local, de maneira mais rápida do que se fosse esperar chegar sua vez na fila de espera. Você poderá não participar do estudo, ou sair da pesquisa a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto ao tratamento fisioterapêutico para o qual foi encaminhado(a), bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento, ou a qualquer outro pesquisador, o seu desejo de desistir. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

**Pesquisador(es):**

Nome: Profª Drª Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

E-mail: isabelpwalsh@gmail.com

Telefone: (34) 992152239

Endereço: Praça Drº Thomas Ulhoa, 582

Uberaba, MG - CEP 38025-050

Telefone: 34 3700 6649

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço Rua Conde Prados, 191, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 11:30 e das 13:00 às 17:30. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

**Consentimento livre após esclarecimento**

**TÍTULO DA PESQUISA: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, EMOCIONAIS, CLÍNICOS E DE FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORES COM DISTÚRBO MUSCULOESQUELÉTICO ENCAMINHADOS PARA ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA UNIDADE ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO DE UBERABA/MG**

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o ao tratamento fisioterapêutico para o qual fui encaminhado(a). Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, EMOCIONAIS, CLÍNICOS E DE FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORES COM DISTÚRBO MUSCULOESQUELÉTICO ENCAMINHADOS PARA ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA UNIDADE ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO DE UBERABA/MG e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do  
participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador  
responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do  
pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

E-mail: [isabelpwalsh@gmail.com](mailto:isabelpwalsh@gmail.com)

Telefone: (34) 992152239

Endereço: Praça Drº Thomas Ulhoa, 582, Uberaba, MG - CEP 38025-050

Telefone: 34 3700 6649

## 5.2 Avaliação dos aspectos sociodemográficos

---

### CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA (IDENTIFICAÇÃO)

A.1. Nome: \_\_\_\_\_

A.2. Endereço (Rua, Av.): \_\_\_\_\_ A.2a. no: \_\_\_\_\_

A.3. Bairro/Nome: \_\_\_\_\_

A.4. Residente: 1 ( ) Zona Urbana 2 ( ) Zona Rural

A.5. Telefone 1: ( ) \_\_\_\_\_ A.6. Telefone 2: ( ) \_\_\_\_\_

A.7. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A.7a. Idade (anos completos) \_\_\_\_\_

A.8. Sexo: 1 ( ) Masculino 2 ( ) Feminino

A9 Quantos anos, no total, você passou estudando em escola, faculdade ou universidade? \_\_\_\_\_ anos

A10 Qual é o seu estado civil atual? (*Escolha a melhor opção*)

( ) Nunca se casou 1, ( ) Atualmente casado 2, ( ) Separado 3, ( ) Divorciado 4, ( ) Viúvo 5, ( ) Mora Junto 6.

C.1. Qual é a cor da sua pele? 1 ( ) Branca 2 ( ) Parda 3 ( ) Preta 4 ( ) Amarela 5 ( ) Vermelha 6 ( ) Outra

C.2. Qual é a sua Religião e/ou Doutrina? 1 ( ) Católico 2 ( ) Evangélico 3 ( ) Espírita 4 ( ) Ateu 5 ( ) Outra: \_\_\_\_\_

C.3. Quantas pessoas residem permanentemente na casa? \_\_\_\_\_

C.4. Qual a renda familiar total mensal (R\$)? \_\_\_\_\_

C.5. Quantas pessoas contribuem com a renda familiar? \_\_\_\_\_

C.6. De quem é o maior salário da casa? \_\_\_\_\_

### 5.3 Histórico Ocupacional

---

E.1. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

E.2. Qual a sua última ocupação? \_\_\_\_\_

E.3. Há quanto tempo você está ou permaneceu nesta última ocupação? \_\_\_\_\_

E.3a. Quantas horas por dia se dedica a esse serviço? 1( )4h 2( )6h 3( )8h 4( )12h

E.4. Qual o tipo de vínculo empregatício da sua Profissão atual ou última profissão?

1( ) Funcionário público

2( ) Com registro em carteira/Carteira Assinada

3( ) Autônomo com recolhimento previdenciário (Trabalha por conta própria e paga INSS) 4( ) Autônomo sem recolhimento previdenciário (Trabalha por conta própria e não paga INSS)

E.5. Qual a sua situação atual de trabalho?

1( ) Empregado 2( ) Desempregado 3( ) Afastado → **Vá para E.5.a. e E.5.b.**

E.5a. Por quanto tempo você se encontra afastado? \_\_\_\_\_

E.5b. Se afastado: 1( ) Afastado com benefício 2( ) Afastado sem benefício

E.6. Já sofreu acidente do trabalho? 1( ) Não 2( ) Sim → **Vá para E.6a, E.6b e E.6c**

E.6a. Que tipo de acidente de trabalho você já sofreu?

1( ) Acidente que acontece dentro do seu trabalho (Acidente Típico)

2( ) Acidente que acontece na ida ou na volta do seu trabalho (Acidente de trajeto)

3( ) Doença Ocupacional (ex.: LER/Dort, perda auditiva e outras)

4( ) Não sabe

E.6b. Teve emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)?

1( ) Não 2( ) Sim 3( ) Não Sabe

E.6c. Como foi o acidente e há quanto tempo? \_\_\_\_\_

E.7. No seu trabalho você esteve exposto a:

1( ) Frio ou calor      2( ) Ruídos      3( ) Sol      4( ) Poeira      5( ) Vibração

6( ) Materiais Biológico      7( ) Umidade      8( ) Radiação      9( ) Produtos químicos      10( ) Odor

11( ) Pouca Iluminação      12( ) Altura      13( ) Eletricidade      15( ) Fumaça      16( ) Esforço Físico

- 17( )Força excessiva      18( )Postura Forçada      19( )Controle rígido de produtividade      20( )Jornada de Trabalho longa      21( )Movimento Repetitivo
- 22( )Animais Peçonhentos      23( )Estresse psicológico

E.7a. Descreva sua rotina (Observar as posturas estáticas e dinâmicas, carga, tempo que realiza atividade, se tem pausa, rodízio de função etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E.7b. No seu trabalho em qual posição permanece durante a maior parte do tempo?

1( )Sentada    2( )Agachada    3( )Em pé    4( )Deitada    5( )Outra: \_\_\_\_\_

E.8. Usa Equipamentos de Proteção Individual (EPI'S): 1( )Não 2( )Sim → **Vá para E.8a.**

E.8a. Quais? \_\_\_\_\_

E.9. Conhece a Ginástica Laboral: 1( )Não    2( )Sim → **Vá para E.9a.**

E.9a. Você Realiza a Ginástica laboral: 1( )Não    2( )Sim → **Vá para E.9b.**

E.9b. Quantas vezes por semana: 1( )Uma    2( )Duas    3( )Três ou mais

E.10. Você realiza pausa para descanso durante o trabalho (Café; Refeição; Ginástica Laboral)?

1( )Não                      2( )Sim → **Vá para E.10a e E.10b**

E.10a. Quantas pausas por dia? \_\_\_\_\_

E.10b Quanto tempo dura cada pausa? \_\_\_\_\_

E.11. O seu relacionamento com os colegas de trabalho é bom? 1( )Não    2( )Sim

E.12. O seu relacionamento com o seu chefe é bom? 1( )Não    2( )Sim

E.13. Você está satisfeito com seu trabalho?

|\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

## 6 ANEXOS

---

### 6.1 Artigo: QUALIDADE DE VIDA, AUTOESTIMA E INTENSIDADES DOS SINTOMAS EM TRABALHADORES COM LER/DORT: EFEITOS DE INTERVENÇÕES COLETIVAS– Submetido à Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.

---

#### Confirmação da submissão

---

Obrigado pela sua submissão

---

**Submetido para** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

**ID do manuscrito** RBSO-2021-0061

**Título** QUALIDADE DE VIDA, AUTOESTIMA E INTENSIDADES DOS SINTOMAS EM TRABALHADORES COM LER/DORT: EFEITOS DE INTERVENÇÕES COLETIVAS

**Autores** de Souza Toledo, Thais  
Shimano, Suraya Gomes Novais  
Ribeiro, Ariadne Christie Silva  
Salum, Edneia  
de Walsh, Isabel

**Data da submissão** 26-fev-2021

---

## QUALIDADE DE VIDA, AUTOESTIMA E INTENSIDADES DOS SINTOMAS EM TRABALHADORES COM LER/DORT: EFEITOS DE INTERVENÇÕES COLETIVAS

### RESUMO

Objetivo: avaliar os efeitos de duas diferentes intervenções coletivas na intensidade dos sintomas, qualidade de vida (QV) e autoestima em trabalhadores com diagnóstico de LER/DORT. Estudo experimental, por randomização simples, com participação de 21 trabalhadores, divididos aleatoriamente em um Grupo de Cinesioterapia (G1) e Grupo de Cinesioterapia associada à abordagem biopsicossocial (G2). Para avaliação utilizou-se o Questionário Nórdico de Distúrbios Osteomusculares, o *WHOQoL-brefe* e a *Rosenberg Self-Esteem Scale*. Na análise foram utilizados o Teste de Mc Nemar; Teste de Wilcoxon e Teste t pareado e o tamanho do efeito pelo *D de Cohen*. A maioria dos participantes eram mulheres, com recolhimento previdenciário, com idade Média de 46,29±9,16 anos (G1) e 52,79±6,12 anos (G2). Houve diminuição significativa na intensidade dos sintomas para G1 ( $p=0,007$ ) e G2 ( $p=0,003$ ), com tamanhos do efeito grande (1,01 e 0,99). A QV apresentou melhora no Domínio Psicológico ( $p=0,002$ ) com tamanho do efeito grande (0,92) no G2 e no Domínio Físico ( $p=0,015$  e  $p=0,001$ ), com tamanhos do efeito pequeno (0,40) e médio (0,70) em ambos os grupos. A intervenção por exercícios traz resultados significativos na diminuição dos sintomas musculoesqueléticos e melhora no Domínio Físico da QV. A abordagem biopsicossocial, melhora também o Domínio Psicológico da QV.

**Palavras-chave:** Dor Musculoesquelética; Qualidade de Vida; Transtornos Traumáticos Cumulativos; Saúde do Trabalhador; Reabilitação.

## ABSTRACT

Objective: to evaluate the effects of two different collective interventions on symptom intensity, quality of life (QOL) and self-esteem in workers diagnosed with RSI/WRMSD. Experimental study, by simple randomization, with the participation of 21 workers, randomly divided into a Kinesiotherapy Group (G1) and Kinesiotherapy Group associated with the biopsychosocial approach (G2). The Nordic Musculoskeletal Disorders Questionnaire, the WHOQoL-bref and the Rosenberg Self-Esteem Scale were used for evaluation. Mc Nemar's test was used in the analysis; Wilcoxon test and paired t test and effect size by Cohen's D. Most of the participants were women, with social security contributions, with an average age of  $46.29 \pm 9.16$  years (G1) and  $52.79 \pm 6.12$  years (G2). There was a significant decrease in symptom intensity for G1 ( $p = 0.007$ ) and G2 ( $p = 0.003$ ), with large effect sizes (1.01 and 0.99). The QOL showed improvement in the Psychological Domain ( $p = 0.002$ ) with large effect size (0.92) in G2 and in the Physical Domain ( $p = 0.015$  and  $p = 0.001$ ), with small (0.40) and medium (0.70) in both groups. Exercise intervention brings significant results in decreasing musculoskeletal symptoms and improving QOL Physical Domain. The biopsychosocial approach also improves the Psychological Domain of QOL.

**Key words:** Musculoskeletal Pain; Quality of Life; Cumulative Trauma Disorders; Occupational Health; Rehabilitation

## INTRODUÇÃO

Os acometimentos musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, no Brasil conhecidos como Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) são danos de estruturas corporais, como músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos, ossos e o sistema de circulação sanguínea localizada, que são causados ou agravados principalmente pelo trabalho e pelos efeitos do ambiente em que esse é realizado<sup>1</sup>.

São caracterizados pela ocorrência de vários sintomas (simultâneos ou não), como dor, parestesia, sensação de peso, fadiga muscular, concomitantes ou não, que se manifestam principalmente no pescoço, cintura escapular e membros superiores (MMSS), mas que também podem ser observadas em membros inferiores (MMII) e coluna<sup>2</sup>. A maioria é cumulativo, resultante de exposição repetida a cargas de alta ou baixa intensidade, durante um longo período de tempo<sup>1</sup>.

Em função dos sintomas e dos aspectos legais envolvidos em sua relação com o trabalho (afastamentos, demissões, incapacidade), as LER/DORT não envolvem apenas a dimensão biológica, devendo também ser contempladas, no cuidado aos trabalhadores acometidos por esses agravos, as questões psicossociais envolvidas no processo de adoecimento<sup>2</sup>. Os transtornos mentais podem apresentar-se concomitantemente a esses distúrbios e podem ser assinalados por uma combinação de emoções, comportamentos anormais e pensamentos, que podem afetar as relações interpessoais<sup>3</sup>.

Ainda, o conceito de autoestima tem sido estudado e considerado como um importante indicador da saúde mental<sup>4</sup>, sendo que ter a mesma elevada é crucial para impulsionar maior confiança e segurança para viver a vida<sup>5</sup>.

Quanto à Qualidade de Vida (QV), acredita-se que sua avaliação possa trazer elementos relevantes aos profissionais de saúde no direcionamento de seus esforços na adoção de estratégias que superem as condutas convencionais<sup>6</sup>.

Os exercícios e terapias são fundamentais na promoção da melhora na função motora, alívio e controle da dor, redução das tensões musculares, melhora da consciência corporal após o início do quadro doloroso, ganho de força, convivência, conhecimento de novos exercícios, aprendizagem dos assuntos discutidos, mudanças de atitude em relação a doença e das limitações, enfrentamento da doença e da incapacidade de formas diferentes, troca de experiências e esclarecimento de dúvidas<sup>7,8</sup>.

É importante que profissionais envolvidos no tratamento e na reabilitação desses trabalhadores adotem, em suas abordagens o modelo biopsicossocial e não somente conceitos clínicos, mas incluindo o empoderamento para enfrentar conflitos que englobam círculos familiares e sociais, empresa e previdência<sup>9,10</sup>.

Por essa situação ser constante, este trabalho tem um grande significado para toda a classe de profissionais de saúde, pois visa verificar se as intervenções coletivas diminuem a intensidade dos sintomas, melhoram a qualidade de vida e autoestima dos trabalhadores com LER/DORT, elementos fundamentais para a continuidade da vida dos mesmos e também para o exercício de suas atividades laborais.

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos de diferentes intervenções coletivas na intensidade dos sintomas, qualidade de vida e autoestima em trabalhadores com LER/DORT.

## **MATERIAIS E MÉTODO**

### **DESENHO DO ESTUDO E QUESTÕES ÉTICAS**

O presente estudo, de abordagem quantitativa se caracteriza como um ensaio clínico randomizado por alocação oculta feita por sorteio em envelopes pardos selados. Faz parte de um projeto maior denominado “Aspectos sociodemográficos, emocionais, clínicos e de funcionalidade de trabalhadores com distúrbio osteomuscular encaminhados para atendimento fisioterapêutico na unidade especializada em reabilitação (UER) de um município do interior de Minas Gerais”, que inclui estudos de validação, ensaios clínicos randomizados, estudos transversais e estudo qualitativo.

### **PROCESSO DE SELEÇÃO**

Participaram da seleção, indivíduos com afecções musculoesqueléticas em MMSS, MMII e coluna vertebral, encaminhados para atendimento fisioterapêutico e que estavam na lista de espera na UER. No ato do encaminhamento, realizado pelos médicos da rede pública de saúde, não há referência ou suspeita sobre o acometimento ter relação com o trabalho (LER/DORT), apenas o CID da patologia.

Dessa forma, inicialmente foi realizado o contato, via telefone, com 605 usuários, por pesquisadores que passaram por um processo de capacitação para padronização das ligações, que seguiam um roteiro específico, para identificação dos usuários que eram trabalhadores, considerando como tal todos os que exerciam atividade para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que fosse a inserção no mercado de trabalho (empregados formais, empregados informais, aposentados por invalidez em decorrência de adoecimento do trabalho, desempregados ou afastados por questões de saúde)<sup>11</sup>.

Os 244 que aceitaram e apresentaram disponibilidade em participar foram agendados em horário que melhor lhes conviesse, para comparecer a UER, onde se daria o exame clínico e a entrevista para avaliação dos aspectos sociodemográficos e ocupacionais, história clínica detalhada (história da moléstia atual), sintomas musculoesqueléticos e exame físico, para o estabelecimento do nexos causal com o trabalho (diagnóstico de LER/DORT), conforme orientação da Instrução Normativa N° 98<sup>12</sup>.

### **CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO**

Crítérios de inclusão: homens e mulheres; trabalhadores; a partir de 18 anos; com LER/DORT; encaminhados para o serviço de Fisioterapia da UER.

Crítérios de não inclusão: não assinar o TCLE; apresentar diagnóstico de afecções musculoesqueléticas sem relação com o trabalho; apresentar declínio cognitivo (avaliado pelo teste do relógio que auxilia na detecção de transtornos cognitivos e demência, considerando a pontuação de corte abaixo de 6 pontos)<sup>13</sup>.

Critérios de exclusão: não concluir ou apresentar três faltas consecutivas durante o protocolo de intervenção.

Dos 244 trabalhadores agendados, 166 foram avaliados e destes, 142 apresentaram diagnóstico de LER/DORT. Destes, 24 não passaram no Teste do relógio e 114 apresentaram quadro clínico adequado à participação nas intervenções coletivas, sendo 60 com disponibilidade para participar dos grupos, com dois encontros semanais. Estes foram encaminhados, por uma randomização simples, com envelopes selados e sequencialmente numerados para os dois grupos de intervenção, sendo um o grupo de intervenção com Cinesioterapia e o outro grupo de intervenção com Cinesioterapia mais abordagem biopsicossocial.

O processo detalhado dessa seleção dos participantes é descrito na Figura 1, a seguir.

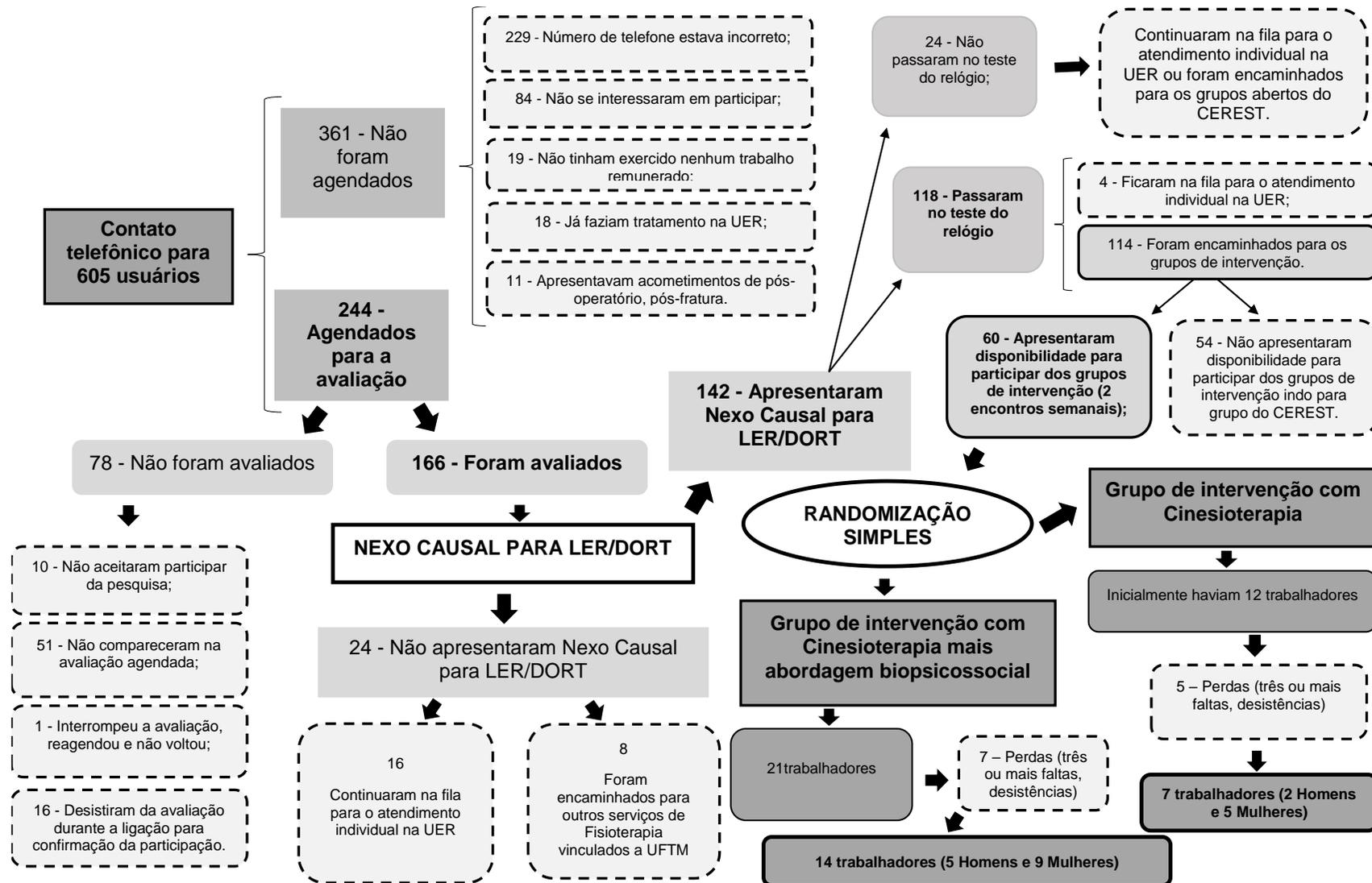


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos participantes

## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Para avaliação dos aspectos sociodemográficos foi desenvolvido um instrumento elaborado pelos autores, utilizando como base a Pesquisa de Amostra de Domicílios do IBGE para valores de anos de estudo e renda familiar, além dos pontos relevantes para a caracterização.

Para a avaliação dos aspectos ocupacionais, considerou-se que o histórico ocupacional fornece as informações sobre o trabalho, que são necessárias para determinar, juntamente ao exame físico, se o adoecimento é decorrente de fatores ocupacionais, sendo elaborado um instrumento nomeado de Histórico Ocupacional que teve como base a Instrução Normativa nº 98 do Ministério da Previdência Social<sup>12</sup>.

Para a avaliação da intensidade dos sintomas foi inserida uma Escala Numérica de 0 (sem sintomas) a 10 (pior intensidade possível), para cada região do corpo avaliada pelo *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (NMQ), que foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração de relato de sintomas musculoesqueléticos<sup>14</sup>.

Para avaliação da QV foi utilizado o *WHOQoL-bref*, por meio do qual é possível descrever a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive<sup>15</sup>.

Para a avaliação da autoestima foi utilizada a *Rosenberg Self-Esteem Scale*<sup>16</sup>. A autoestima é classificada de forma que score maior que 30 pontos – autoestima alta; de 20 a 30 pontos – autoestima média; e menor que 20 pontos – autoestima baixa.

## CEGAMENTO DO ESTUDO

Por ter sido realizado em uma realidade de trabalho da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, não foi possível o cegamento do estudo, portanto para a redução de possíveis vieses as fisioterapeutas que realizaram as avaliações e reavaliações foram diferentes das que realizaram as intervenções que por sua vez também foram diferentes da que fez as análises estatísticas.

## INTERVENÇÕES

Considerando que os trabalhadores apresentavam sintomas generalizados característicos das LER/DORT, ressaltando-se que todos relataram início do quadro há mais de dois anos, os exercícios tinham como objetivo atuar globalmente, visando alongamentos, mobilizações e fortalecimento.

O procedimento de aplicação dos exercícios do Grupo de Cinesioterapia (G1) foi realizado por uma fisioterapeuta, em 12 sessões, duas vezes por semana<sup>17</sup>, caracterizado por 16 exercícios que foram escolhidos conforme os objetivos para o tratamento descrito por Mendes e Lancman<sup>18</sup> e Silva et al<sup>19</sup>.

O protocolo incluiu três alongamentos de MMSS, quatro exercícios de mobilização e fortalecimento de MMSS, um abdominal, três alongamentos de cadeia posterior e MMII, dois fortalecimentos de MMII, um fortalecimento de cadeia posterior e dois exercícios de mobilização de tronco (Figura 2). Todos os exercícios foram executados no solo e para cada exercício foi empregado um total de dez repetições com um intervalo de um minuto entre cada um<sup>19</sup>. As sessões tiveram duração de aproximadamente 60 minutos cada, sendo composta por exercícios básicos e resistidos com utilização de faixa elástica de nível três de resistência, halteres de 1kg e caneleira de 1kg.

No primeiro encontro foi efetuado um processo de familiarização, orientação, apresentação da fisioterapeuta e apresentação do protocolo. As sessões seguintes foram iniciadas pela aferição da pressão seguidas pela aplicação do protocolo. Todas as sessões foram padronizadas, os exercícios foram explicados detalhadamente e realizados inicialmente pela fisioterapeuta, que servia de apoio para que os trabalhadores acompanhassem a execução correta dos exercícios. As sessões tiveram

duração de uma hora e foram usados para cada trabalhador, um colchonete, um bastão e uma faixa elástica resistência média (nível três).

Para o Grupo de Cinesioterapia associada à abordagem biopsicossocial (G2), as sessões tiveram duração de duas horas, sendo a primeira dedicada à intervenção da Psicologia e a segunda dedicada a intervenção da Fisioterapia. Os profissionais das duas áreas participaram de ambas intervenções e o procedimento para a execução da Cinesioterapia seguiu os mesmos padrões do G1.

Os objetivos e atividades desenvolvidos pela psicologia em cada encontro são descritos na Tabela 1. Estes consideraram a Psicossociologia, que oferece um conjunto de recursos essenciais para os campos da investigação e da ação, constituído pela articulação entre campo social, condutas humanas e vida psíquica<sup>20</sup>, com abordagem que pressupõe uma demanda advinda de contextos sociais e não individuais, priorizando, os coletivos e utilizando o grupo de discussão como os dispositivos de intervenção<sup>21</sup>.

Ao final das intervenções, os trabalhadores do G1 e G2 foram novamente agendados para execução das reavaliações que ocorreram na mesma semana da última sessão e foram executadas pelas mesmas fisioterapeutas que fizeram a avaliação inicial.

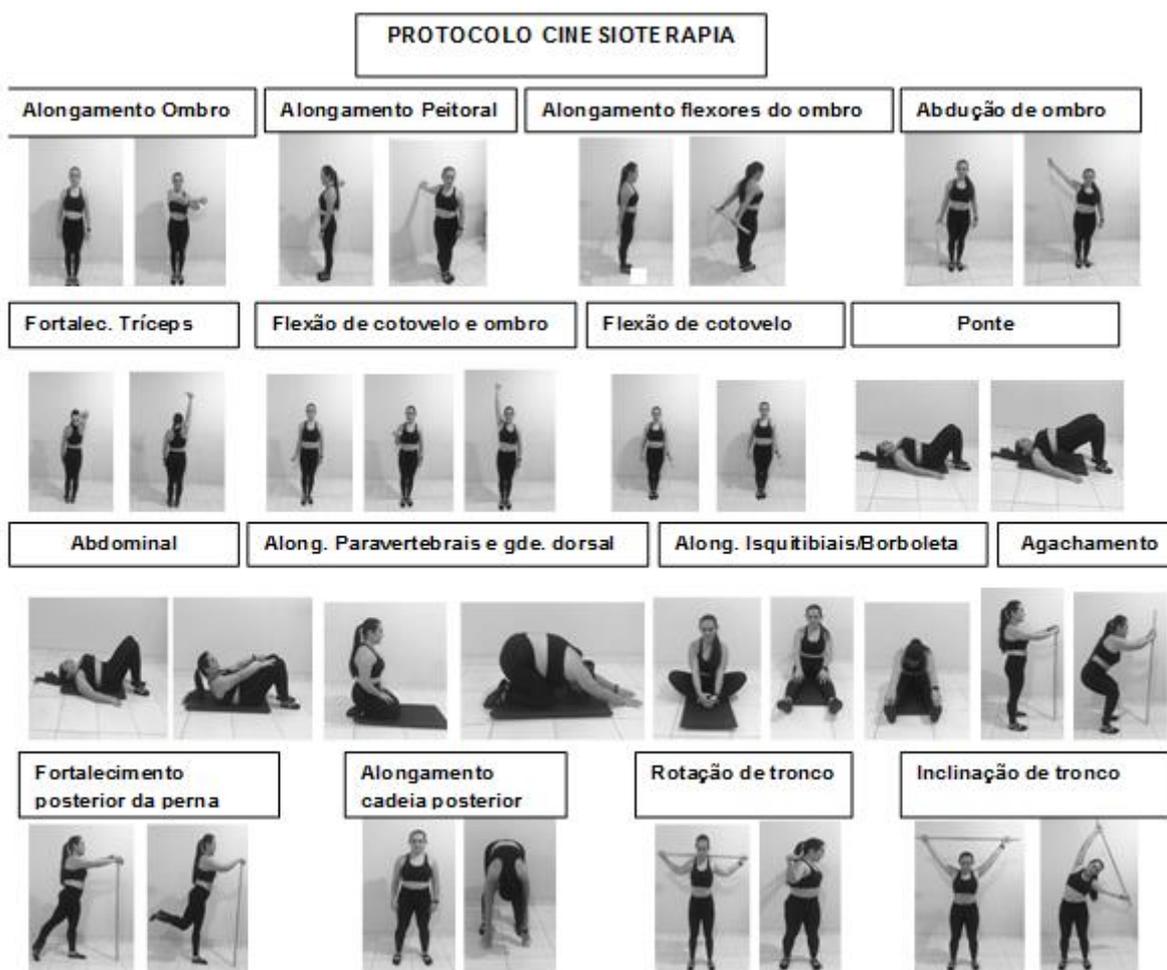


Figura 2: Protocolos dos exercícios – Cinesioterapia  
Baseado em Kisner e Colby<sup>17</sup>, Mendes e Lancman<sup>18</sup>, Silva et al<sup>19</sup>.

Tabela 1: Descrição dos objetivos e atividades propostas na intervenção psicossocial.

<b>Encontro</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Atividade</b>
1	Estabelecimento do contrato terapêutico, criação de vínculo com os participantes e germinação de uma identidade de grupo.	Dinâmica Cosme e Damião: O grupo é dividido em duplas e após alguns minutos de diálogo, um indivíduo apresenta o outro ao restante do grupo
2	Comparar a autopercepção real com a ideal, fomentar discussão sobre possibilidades e mudanças de hábitos e empoderamento sobre a própria saúde.	Representar através de símbolos, desenhos ou sentenças: 1) Como me vejo?; 2) Como gostaria de ser?; 3) Como realmente posso ser?
3	Retirar o foco do problema e começar a trabalhar o foco em soluções.	Os indivíduos escreveram em um papel um problema que está vivenciando, sem se identificar. Os papéis foram dobrados e misturados para que cada um pudesse ler e sugerir a solução para o problema do outro
4	Discutir sobre estratégias de enfrentamento (tanto dor física quanto emocional) e responsabilização(organizacionais e pessoais).	Discussão de um caso fictício de um trabalhador com demandas de sobrecarga
5	Fomentar a reflexão e discutir estratégias em relação à maneira como são realizadas atividades do dia a dia, bem como a necessidade de se permitir momentos de lazer e autocuidado.	Diversos objetos do cotidiano foram dispostos no chão e foi pedido que o indivíduo escolhesse algum que representasse uma atividade de lazer/autocuidado que ele gostasse e que também escolhesse um objeto que representasse uma atividade que está prejudicada pelas dores.
6	Permitir uma atividade não estruturada para os indivíduos usufruírem mais do tempo do encontro e explorarem seus conteúdos pessoais.	Cada membro foi convidado a compartilhar algo, a seu critério
7	Tornar visíveis as dores e comparar as autopercepções dos integrantes do grupo.	Desenhar em papel pardo os corpos de dois voluntários do grupo para poder representar graficamente a localização da dor e qual a sensação percebida por cada um
8	Estabelecimento de metas e empoderamento sobre a responsabilização nas mudanças desejadas e transmissão de informações sobre anatomia humana e ergonomia.	Uma folha com quatro alvos e caixinhas para preenchimento das etapas foi criada especificamente para esse grupo, conforme as necessidades específicas. Os alvos foram: 1: Objetivos para si; 2: Autocuidado; 3: Objetivo

9	Ressaltar como é um processo gradativo alcançar metas e a necessidade de estabelecer ações realistas e palpáveis.	relacionado à família; 4: Objetivo profissional Foi retomada a atividade anterior dos alvos e os participantes foram convidados a relatar como foi realiza-la e os avanços e dificuldades em relação às etapas que definiram para concretizar seus objetivos
10	Aplicar o trabalho em equipe e desmistificar o receio em pedir ajuda.	Dinâmica de enfrentamento de desafio
11	Colher feedback dos integrantes sobre a intervenção e levantar pontos positivos e negativos da experiência.	Utilizar algumas perguntas para extrair o feedback dos participantes 1: Como entraram e como estão saindo?; 2: O que ficará de bom e de ruim desse grupo?; 3: Alguém sentiu incômodo nas atividades?; 4: Vocês indicariam o grupo para outras pessoas?
12	Meditação guiada para trabalhar a consciência corporal e confraternização com um café da manhã coletivo, organizado pelas profissionais e participantes.	Os trabalhadores ressaltaram sua própria evolução e melhora dos sintomas das LER/DORT e expressaram interesse em continuar a participação em atividades grupais interventivas

Fonte: Autoria própria (2021)

## ANÁLISE DOS DADOS

Para as análises, inicialmente foi montado um banco de dados com dupla digitação e validação dos mesmos para correção de eventuais erros. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24.0.

A análise descritiva utilizou os valores de média e desvio padrão, assim como frequência e porcentagem. Para a comparação dos resultados antes e após a intervenção foram utilizados os Testes t Pareado e Teste de *Wilcoxon*, considerando um nível de significância de 95% ( $p < 0,05$ ). Optou-se pelo cálculo do tamanho de efeito (*d de Cohen*), utilizando como pontos de corte para classificação do tamanho de efeito valores superiores a 1,3 muito grande; 0,8 -1,29 grande; 0,5- 0,79 médio; 0,2 - 0,49 pequeno e igual ou menores que 1,9 insignificante<sup>22,23</sup>.

## RESULTADOS

Quanto à ocupação os trabalhadores do G1 eram: Serviços domésticos - babá, diarista, passadeira, (42,85%); Serviços gerais (28,57%); Costureira (14,29%) e Motorista (14,29%) e os do G2 eram: Serviços domésticos - babá, diarista, passadeira, (35,71%); Serviços gerais (14,29%); Cabeleireira/manicure/depiladora (21,43%); Motorista (7,14%); Porteiro (14,29%) e Comerciante (7,14%).

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas e ocupacionais e o tempo de início dos sintomas dos trabalhadores com LER/DORT. A maioria dos participantes eram mulheres, Pretas/Pardas/Morenas, em união, com até oito horas de trabalho/dia, com recolhimento previdenciário (CLT/Funcionário Público/Autônomo), com idade Média de 46,29±9,16 para o G1 e 52,79±6,12 para o G2, com Média de escolaridade de 7,36±6,06 para o G1 e 7,75±3,49 para o G2, renda per capita média de

804,69±196,02 reais para o G1 e 636,86±239,45 para o G2, média de 112,57±103,63 meses de trabalho para o G1 e 120,29±106,72 para o G2 e média de início dos sintomas de 7,57±3,31 anos para o G1 e 8,14±8,69 para o G2. Não houve diferenças entre os grupos para essas variáveis, caracterizando-os como homogêneos.

A Tabela 3 apresenta os resultados das intervenções para o G1 e G2 na Autoestima, Intensidade dos sintomas e QV.

Com relação a intensidade dos sintomas, G1e G2 apresentaram diminuição significativa ( $p=0,007$  e  $p=0,003$ ), com tamanhos do efeito grande. Com relação a QV, G2 apresentou melhora significativa no Domínio Psicológico (DP) ( $p=0,002$ ) com tamanho do efeito grande e G1e G2 apresentaram melhora significativa no Domínio Físico (DF) ( $p=0,015$  e  $p=0,001$ ), com tamanhos do efeito pequeno e médio respectivamente.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica, ocupacional e início dos sintomas dos trabalhadores com LER/DORT

<b>Caracterização sociodemográfica e ocupacional</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>p</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Sexo</b>			
Feminino	5 (71,43)	9 (64,29)	0,743
Masculino	2 (28,57)	5 (35,71)	
<b>Raça</b>			1,0
Branca	3 (42,85)	6 (42,85)	
Preta/Parda/Morena	4(57,15)	8 (57,15)	
<b>Estado Civil</b>			0,656
Sem união	2 (22,57)	6 (42,85)	
Em união	5(71,43)	8 (57,15)	
<b>Carga horária/dia</b>			0,123
Até 8 horas	7 (100)	9 (64,29)	
Mais de 8 horas	0(0)	5 (35,71)	
<b>Vínculo</b>			0,624
Trabalhador com recolhimento previdenciário (CLT/Funcionário Público/Autônomo)	6(85,71)	10 (71,43)	
Autônomo sem recolhimento	1 (14,29)	4 (28,57)	
	<b>M±DP</b>	<b>M±DP</b>	
<b>Idade (anos)</b>	46,29±9,16	52,79±6,12	0,067
<b>Escolaridade (anos)</b>	7,36±6,06	7,75±3,49	0,851
<b>Renda per capita (\$)</b>	804,69±196,92	636,86±239,45	0,126
<b>Tempo de trabalho (meses)</b>	112,57±103,63	120,29±106,72	0,876
<b>Tempo de início dos sintomas (anos)</b>	7,57±3,31	8,14±8,69	0,870

G1=Grupo Cinesioterapia; G2=Grupo Cinesioterapia e abordagem Biopsicossocial; n=número; %=porcentagem; M=Média; DP=Desvio Padrão.

Tabela 3: Resultados da intervenção para G1 e G2 na Qualidade de vida, autoestima e TMC

	G1					G2				
	Pré intervenção n (%)	Pós intervenção n (%)	p			Pré intervenção n (%)	Pós intervenção n (%)	p		
<b>AUTOESTIMA</b>			1,0					1,0		
Baixa	7 (100)	7 (100)				14 (100)	14 (100)			
Média	0 (0)	0 (0)				0 (0)	0 (0)			
	Pré intervenção M±DP	Pós intervenção M±DP	Cohen'D	%	p	Pré intervenção M±DP	Pós intervenção M±DP	Cohen' D	%	p
<b>INTENSIDADE DOS SINTOMAS</b>	5,06±1,94	3,0±2,12	1,01	40,71	0,007 <sup>1</sup>	6,05±2,39	3,94±1,85	0,99	34,88	0,003 <sup>1</sup>
<b>QUALIDADE DE VIDA</b>										
Domínio Psicológico	62,50±15,77	59,52±14,38	0,32	7,76	0,478	48,81±16,38	61,9±11,77	-0,92	-26,86	0,002 <sup>2</sup>
Domínio Físico	49,49±20,97	57,65±19,72	-0,40	-16,49	0,015 <sup>1</sup>	38,01±21,59	53,57±22,58	-0,70	-40,94	0,001 <sup>1</sup>
Domínio Social	67,67±10,76	61,90±12,60	0,41	7,15	0,231	68,45±14,68	63,69±16,86	0,30	6,95	0,230
Domínio Ambiental	54,46±8,04	53,13±7,65	0,17	2,44	0,649	50,22±12,35	53,13±15,26	-0,21	-5,79	0,283

G1=Grupo Cinesioterapia; G2=Grupo Cinesioterapia e abordagem Biopsicossocial; M=Média; DP=Desvio padrão;<sup>1</sup>p<0,05 Teste t Pareado; <sup>2</sup>p<0,05 Teste de Wilcoxon.

## DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou os resultados de duas diferentes intervenções coletivas na intensidade dos sintomas, qualidade de vida e autoestima em trabalhadores com LER/DORT.

Os sintomas se apresentavam por muito tempo ( $7,57 \pm 3,31$  anos para G1 e  $8,14 \pm 8,69$  anos para G2), caracterizando sua cronicidade. Os sintomas crônicos das LER/DORT são resistentes a diferentes tipos de tratamento<sup>2</sup>. Apesar disso, as atividades promoveram uma diminuição significativa de sua intensidade nos dois grupos.

De fato, a utilização dos exercícios físicos terapêuticos é importante para o controle e redução dos sintomas musculoesqueléticos, sendo considerada padrão ouro para a melhora geral do quadro<sup>24</sup>. Nessa mesma linha, Verhoeven, et al.<sup>25</sup>, relataram que na maioria das doenças crônicas, atividades físicas podem diminuir o risco e o rigor da doença e Chaves et al.<sup>26</sup> afirmaram que a prática de atividades físicas minimiza os riscos de dor musculoesqueléticas e ainda atua diretamente na redução da intensidade da mesma.

Ainda, os dados reforçam a afirmativa da eficácia de grupos na reabilitação dos distúrbios musculoesqueléticos<sup>2,27,28</sup>, ressaltando-se a importância de incorporá-los nos serviços de atendimento a esses trabalhadores como uma estratégia importante para ampliar a assistência a maior número de trabalhadores, com resultados importantes.

Quanto à QV, identifica-se a importância de sua avaliação nos trabalhadores com LER/DORT, uma vez que a influência negativa desses acometimentos na mesma e o desempenho das atividades laborais pode ser explicado pela condição que o trabalhador se encontra, que por muitas vezes é incapacitante e com muitos sintomas<sup>16</sup>.

No presente estudo, o domínio da QV mais comprometido para os dois grupos foi o DF. Associada à diminuição da intensidade dos sintomas, houve também uma melhora nesse domínio para ambos os grupos. Considerando que esse avalia dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho, parece plausível que a diminuição da intensidade dos sintomas repercuta de igual maneira no mesmo.

No entanto, vários estudos com QV são encontrados preocupando-se apenas com o DF. Porém, sintomas psicológicos podem apresentar-se como sintomas físicos, sendo necessário olhar para o trabalhador contemplando também esta perspectiva. Nesse sentido, estudo de Chung<sup>29</sup>, analisou a prevalência de lesões autorrelatadas relacionadas ao trabalho e sua associação com sintomas psicológicos no trabalho da população de Taiwan e os resultados sugerem que a experiência da lesão relacionada ao trabalho ou doença está associada ao aumento dos riscos para problemas de saúde mental. O estudo ainda cita que a gravidade da lesão ou doença, perda financeira em razão da capacidade física, conflitos entre empregado/empregador, ruptura da socialização e sentimento de incapacidade de recuperação do trabalhador. Afirma que futuros estudos são necessários para entender as experiências de trabalhadores após lesão relacionada ao trabalho e para estabelecer programas de intervenção para assistir esses trabalhadores.

Assim, conforme relatam Meeus et al.<sup>30</sup>, uma avaliação biopsicossocial é indispensável para reconhecer os mecanismos da dor, identificar possíveis perdas biomecânicas, entender as percepções e crenças do paciente, avaliar seu estado mental, descobrir possíveis barreiras para sucesso e elucidar fatores ambientais.

Nessa mesma linha, revisão sistemática e metanálise sobre reabilitação multidisciplinar e biopsicossocial relata que os pacientes abordados com este tipo de intervenção apresentaram melhores resultados no que se refere as dores crônicas, quando comparadas a outros tratamentos. Ainda, afirma que estes programas aumentam as chances de retorno ao trabalho, a longo prazo, comparado ao tratamento

simplesmente no âmbito físico<sup>31</sup>. Corroborando com essa afirmação, houve melhora significativa no DP para o G2.

Portanto, considera-se que somente a intervenção por exercícios, embora tenha trazido alguns resultados, especialmente referentes a intensidade dos sintomas dolorosos, parece não ter sido suficiente para contemplar os aspectos do DP da QV, de forma eficiente. Por outro lado, a melhora nesse domínio para o G2 pode ter decorrido da abordagem biopsicossocial oferecida ao mesmo.

Todos os trabalhadores do presente estudo apresentavam baixa autoestima e não houve alteração nos resultados com as intervenções. Formiga et al.<sup>32</sup>, afirma que uma pessoa com sua autoestima melhor constituída, produzirá um melhor juízo de si mesmo, seja nas falhas ou nos êxitos, o que a levará a uma autoavaliação mais próxima da realidade. No entanto, deve-se ressaltar que o trabalhador com LER/DORT, muitas vezes é afastado do ambiente laboral, perdendo os contatos sociais na empresa, tornando-se despersonalizado e mais vulnerável para a perda da autoestima, também influenciada pelas alterações físicas que modificam sua autoimagem, levando-o a vivenciar um sentimento de culpa, que pode ser direcionado a si próprio ou aos fatores laborativos<sup>33,34,35</sup>. Assim como, durante as intervenções, esses trabalhadores demonstraram constantemente a frustração mediante a percepção de suas próprias famílias, que por vezes os consideram “reclamações” e/ou deslegitimam seus sofrimentos.

Ainda, em razão das baixas perspectivas de trabalho e das restrições devido ao adoecimento, o trabalhador pode demonstrar uma “crença de incapacidade” para o trabalho. Isto somado ao sentimento de medo de não conquistar outro emprego faz com que ele se submeta a condições de trabalho exigidas pelo empregador<sup>36</sup>. Nesse sentido, um estudo com profissionais de enfermagem afirma que essa classe de trabalhadores só busca tratamento quando a dor não é mais suportável e quando vive problemas sociais ou psíquicos, atribuindo esse comportamento ao fato da discriminação de seus colegas, por não acreditarem na real existência da doença. No entanto, a longo prazo, essa situação pode resultar em sérios problemas à saúde e esses sintomas podem se tornar crônicos gerando um maior desgaste osteomuscular, transtorno mental, improdutividade por afastamento e prejuízos financeiros<sup>37</sup>.

Assim, deve-se levar em conta as características das LER/DORT na vida dos trabalhadores, o que os diferencia de outros pacientes com dor crônica. O sofrimento desses traz consigo a conotação do vínculo com o trabalho e toda a sua repercussão como preconceito da sociedade, que os associa à preguiça e a incapacidade, e as relações trabalhistas e previdenciárias como demissões, afastamentos e não reconhecimento da doença, com consequências financeiras e sociais. Assim, a dificuldade de diagnóstico somada a cultura da culpabilização do trabalhador pelo seu próprio adoecimento sugere que o número de trabalhadores afastados poderia ser muito maior<sup>38</sup>.

Deve-se ressaltar, que o trabalho em grupo permite que os portadores de LER/DORT compartilhem sentimentos e vivências com relação à doença e criem novas estratégias de saúde. O grau de informação sobre a patologia por parte dos trabalhadores é um fator decisivo para recuperação e administração da doença no ambiente laboral. Assim, a obtenção de novos conhecimentos sobre a patologia pode melhorar a autoestima e a perspectiva de vida, bem como minimizar a culpa individual<sup>39</sup> e que os grupos de tratamento viabilizam um enfrentamento coletivo para a situação em comum entre os indivíduos, criando um elo fortalecido de união e solidariedade, já que os próprios trabalhadores vêm a necessidade de um espaço aberto de diálogo para refletirem sobre o trabalho e sua relação com a saúde mental<sup>40</sup>.

Ainda, a atuação interdisciplinar pode propiciar um espaço de reflexão e socialização para os trabalhadores adoecidos, bem como mudar a forma como se vêm e lidam com as limitações que lhes são impostas pela doença, contribuindo para a

adoção de uma atitude proativa na busca pela recuperação. No presente estudo, essa propiciou uma diminuição da intensidade da dor e melhora no DP.

No entanto, para que essas condições alterem o quadro da autoestima, pode ser necessário o acompanhamento dos mesmos por maior período de intervenção, o que pode ser destacado como uma possível limitação do mesmo, além da pequena amostra utilizada, em razão das dificuldades já citadas.

Portanto outros estudos devem ser estimulados, por períodos maiores e com maior número de sujeitos, levando em conta a cronicidade das lesões apresentadas pela amostra.

## CONCLUSÃO

A intervenção por exercícios traz resultados significativos na diminuição dos sintomas musculoesqueléticos e melhora no Domínio Físico da Qualidade de Vida. Além de melhorar o Domínio Físico, a abordagem biopsicossocial, por meio da realização de exercícios e intervenções da Psicologia melhora também o Domínio Psicológico da Qualidade de Vida.

## REFERÊNCIAS

- 1 European Agency for Safety and Health at Work. Factsheet 71 – Introduction to work-related musculoskeletal disorders [Internet]. Bruxelas: EU-OSHA; 2007 Jul [citado em 23 jan 2021]. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/factsheet-71-introduction-work-related-musculoskeletal-disorders/view>
- 2 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho Lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Série A. Normas e Manuais Técnicos, Saúde do Trabalhador, 10, Protocolos de Complexidade Diferenciada [livro online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 05 jul 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor\\_relacionada\\_%20trabalho\\_lesoes\\_ler.p\\_df](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_%20trabalho_lesoes_ler.p_df)
- 3 World Health Organization. Mental disorders [Internet]. Geneva: WHO; 2019 Nov [citado em 23 jan 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>.
- 4 Jesus PBRJ, Santos I, Brandao ES. A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy. Aquichan. 2015 Jan;15(1):75-89.
- 5 Teixeira CM, Nunes FMS, Ribeiro FMS, Arbinaga F, Vasconcelos-Raposo J. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. CPD. 2016 Sep;16(3):55-66.
- 6 Paula EA, Buschinelli JT, Maeno M, Costa RF. Qualidade de vida de trabalhadores com LER/DORT e lombalgia ocupacional atendidos no Cerest de Guarulhos, São Paulo. RevBrasSaudeOcup. 2016;41:e19.
- 7 Bosi PL. Fisioterapia preventiva na avaliação ergonômica de um escritório. Fisioter Bras. 2018;7(5):363-6.
- 8 Nascimento IMB, Marinho CLF, Costa RO. A Contribuição da Fisioterapia nos Cuidados em Pacientes com dor oncológica. Rev UNINGÁ. 2017;54(1):1-7.
- 9 Alencar MCB, Merlo AR. A saúde em troca da excelência: o sofrimento de atendentes de nutrição de um hospital público acometidos por LER/DORT. Saúde Soc. 2018;27(n esp):215-26.
- 10 Anúnciação CGM, Sales LA, Andrade MC, Silveira CA, Paiva SMA. Sinais e Sintomas Osteomusculares Relacionados ao Trabalho em Profissionais de Enfermagem. Saúde (Santa Maria), 2016;42(2):31-40.

- 11 Brasil. Portaria n. 2.437, de 7 de dezembro 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde. 7 dez 2005 [citado em 19 mai 2020]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2005/prt2437\\_07\\_12\\_2005.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html)
- 12 Brasil. Instrução Normativa n. 98, de 5 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos- LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho DORT. Diário Oficial da União. 10 dez 2003 [citado em mai 2020]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=75579#:~:text=1%C2%BA%20Aprovar%20a%20Norma%20T%C3%A9cnica,Dist%C3%BArbios%20Osteomusculares%20Relacionados%20ao%20Trabalho.>
- 13 Mendes-Santos LC, Mograbi D, Spenciere B, Charchat-Fichman H. Specific algorithm method of scoring the Clock Drawing Test applied in cognitively normal elderly. *DementNeuropsychol.* 2015;9(2):128-35.
- 14 Pinheiro F, Tróccoli B, Carvalho C. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(3): 307-12.
- 15 Fleck MPA. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 16 Dini GM, Quaresma MR, Ferreira L. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2004;19(1):41-52.
- 17 Kisner C, Colby LA. *Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques.* Philadelphia, PA: FA Davis Company; 2017 [citado em 13 out 2020]. Disponível em: [https://books.google.com.br/books/about/Therapeutic\\_Exercise.html?id=yZc6DwAAQB-AJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/Therapeutic_Exercise.html?id=yZc6DwAAQB-AJ&redir_esc=y). ISBN 978-0-8036-5854-7.
- 18 Mendes L, Lancman S. Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo. *Rev Bras SaudeOcup.* 2010;35(121):23-32.
- 19 Silva KMOM, Tucano SJP, Kümpel C, Castro AAM, Porto EF. Efeito da hidrocinesioterapia sobre qualidade de vida, capacidade funcional e qualidade do sono em pacientes com fibromialgia. *RevBrasReumatol.* 2012;52(6):851-7.
- 20 Lhuillier D. Introdução à psicossociologia do trabalho. *CadPsicolSoc Trab.* 2014;17(n esp):5-19.
- 21 Lopes HL, Andrade PRO, Sousa VMS, Costa MTP. Atuação do psicólogo em saúde do trabalhador na perspectiva psicossociológica. *Fractal, Rev Psicol.* 2020 Mar;32(1):72-81.
- 22 Cohen J. *Statistical: power analysis for the behavioral sciences.* 2ª ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- 23 Rosenthal JA. Qualitative descriptors of strength of association and effect size. *Journalof Social Service Research.* 1996;21(4):37-59.
- 24 Booth J, Moseley GL, Schiltenswolf M, CashinA, Davies M, Hübscher M. Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *MusculoskeletalCare.* 2017;4:413-21.
- 25 Verhoeven F, Tordi N, Prati C, Demougeot C, Mouglin F, Wendling D. Physical activity in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine.* June 2015:1-6.
- 26 Chaves AO, Almeida RS, Corrêa LA, Reis FJJ, Meziat-Filho NAM, Nogueira LAC. A influência da Fisioterapia na redução da intensidade da dor e no efeito global percebido de pacientes com dores musculoesqueléticas. *Fisioter Bras.* 2019 Mar;20:147-55.
- 27 Paula EA, Amaral RMMF. Atuação interdisciplinar em grupos de qualidade de vida para trabalhadores com Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios

- osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT. *RevBrasSaudeOcup.* 2019;44(5):1-10.
- 28 Zavarizzi CP, Carvalho RMM, Alencar MCB. Grupos de trabalhadores acometidos por LER/DORT: relato de experiência. *CadBras Ter Ocup.* 2019;27(3):663-70.
- 29 Chung PH, Cheng Y. Prevalence of Self-Reported Work-Related Injuries and Their Association with Psychological Symptoms in General Working Population of Taiwan. *J OccupRehabil*, 2016 May;27:195-201.
- 30 Meeus M, Nijs J, Wilgen PV, Noten S, Goubert D, Huijnen I. Moving on to Movement in Patients with Chronic Joint Pain. *IASP.*2016 Mar;24:1-8.
- 31 Kamper SJ. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*,2015 Feb;350:1-11.
- 32 Formiga NS, Freire BGO, Batista PFA, Estevam ID. Suporte organizacional e autoestima em funcionários de organizações públicas e privadas no Brasil. *Psicologia.pt.* 2017 Nov:1-15.
- 33 Lin TY, Teixeira MJ, Barbosa HF. Fisiopatologia da dor nos doentes com LER. In: Oliveira CR, organizador. *Manual Prático de LER - lesões por esforços repetitivos.* 2ª ed. Belo Horizonte: Health; 1998. p. 191- 204.
- 34 Ranney D. Mente, corpo, sociedade e ambiente de trabalho. In: Ranney D, organizador. *Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho.* São Paulo: Roca; 2000. p. 274-302.
- 35 Araújo AV, Nunes RB. Contribuição da Psicologia – relato de uma experiência com grupos de portadores de LER. In: Oliveira CR, organizador. *Manual prático de LER – lesões por esforços repetitivos.* 2ª ed. Belo Horizonte: Health; 1998. p.319-39.
- 36 Pestana BM. O retorno ao trabalho de sujeitos acometidos por LER/DORT. *CadBras Ter Ocup.*2017;25:735-42.
- 37 Silva JF, Silva HF, Granadeiro DS, Raimundo DD, Vieira GC, Granadeiro RMA. Sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho: implicações para a enfermagem. *Res Soc Dev.* 2020 Ago;9(9):1-22.
- 38 Cardoso ACM. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Soc.*2015 Jun;27(1):73-93.
- 39 Pessoa JCS, Cardia MCG, Santos MLC. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010 Mai;15(3):821-30.
- 40 Silva MP, Bernardo MH. Grupo de reflexão em saúde mental relacionada ao trabalho: uma contribuição da psicologia social do trabalho. *RevBrasSaudeOcup.* 2018;43(supl 1):e11s.

## 6.2 Parecer consubstanciado do CEP

---

**Título da Pesquisa:** ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, EMOCIONAIS, CLÍNICOS E DE FUNCIONALIDADE DE TRABALHADORES COM DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES ENCAMINHADOS PARA ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA UNIDADE ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO DO

**Pesquisador:** Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 08688818.0.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.426.653

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de retorno a pendência anterior. Pesquisadores responderam a todas as demandas do CEP-UFTM.

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

Adequados.

#### **Recomendações:**

Não há.

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

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado na reunião CEP-UFTM em 07/06/2019

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

UBERABA, 30 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**

**Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza (Coordenador(a))**

### 6.3 Teste do relógio

---

#### INSTRUÇÕES

Entregue uma folha em branco; peça para o mesmo desenhar um relógio com os ponteiros marcando (11 horas e 10 minutos); caso o indivíduo desejar iniciar um novo desenho, uma folha em branco pode ser entregue.

#### INTERPRETAÇÃO

##### Relógio e número estão corretos 6-10 pontos T

Tudo está correto 10 Leve desordem nos ponteiros (p. ex.: ponteiro das horas sobre o 2) 9 Desordem nos ponteiros mais acentuada (p. ex: apontando 2h20) 8 Ponteiros completamente errados 7 Uso inapropriado (p ex: marcação digital ou círculos envolvendo números) 6

**Relógio e números incorretos 1-5 pontos** Números em ordem inversa, ou concentrados em alguma parte do relógio 5 Números faltando ou situados fora dos limites do relógio 4 Números e relógio não conectados; ausência de ponteiros 3 Alguma evidência de ter entendido as instruções, mas pouca semelhança com relógio 2 Não tentou ou não conseguiu representar um relógio 1

**PONTUAÇÃO TOTAL \*Ponto de corte 6.** (Sunderland et al., 1989)

O indivíduo **apresentou declínio cognitivo**, de acordo com o Teste do Relógio:

- ( ) 01 Não Continuar a avaliação respondendo a PARTE II do questionário.
- ( ) 02 Sim complete a parte, realize as orientações e explique sobre a permanência na fila de espera.