



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

PÂMELLA CACCIARI

**ESTADO DE SAÚDE E NÍVEL DE *STRESS* EM
TRABALHADORES READEQUADOS E READAPTADOS DE
UMA UNIVERSIDADE ESTADUAL PÚBLICA**

Londrina
2013

PÂMELLA CACCIARI

**ESTADO DE SAÚDE E NÍVEL DE *STRESS* EM
TRABALHADORES READEQUADOS E READAPTADOS DE
UMA UNIVERSIDADE ESTADUAL PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em
Enfermagem da Universidade Estadual de
Londrina como requisito final para obtenção do
título de Mestre.

Orientadora: Dra. Maria do Carmo F. Lourenço
Haddad

Coorientador: Dr. José Carlos Dalmas

Londrina
2013

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C118e Cacciari, Pâmella.
Estado de saúde e nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública / Pâmella Cacciari. - Londrina, 2013.
133 f.: il.

Orientador: Maria do Carmo Lourenço Haddad.

Co-orientador: José Carlos Dalmas.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

Inclui bibliografia.

1. Saúde e trabalho - Teses. 2. Servidores públicos - Stress ocupacional - Teses. 3. Servidores públicos - Readaptação - Teses. 4. Enfermagem do trabalho - Teses. I. Haddad, Maria do Carmo Lourenço. II. Dalmas, José Carlos. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDU 616-083:614.8

PÂMELLA CACCIARI

**ESTADO DE SAÚDE E NÍVEL DE *STRESS* EM TRABALHADORES
READEQUADOS E READAPTADOS DE UMA UNIVERSIDADE
ESTADUAL PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina como requisito final para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo
Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Universidade Federal do Paraná – UFPR

Prof^a. Dr^a. Julia Trevisan Martins
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 16 de dezembro de 2013.

DEDICO

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, por ser a essência e razão da minha existência nessa vida.

À minha mãe Leoniza Cacciari pelo amor incondicional a mim dispensado, pela compreensão nos momentos de ausência, pelo incentivo e carinho, pelo seu exemplo de dedicação e exemplo que me ensinou valores cristãos e morais, promovendo meu crescimento pessoal e profissional, sem você não teria chegado a lugar algum. Seu amor foi imprescindível, te amo!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus, pela oportunidade de concluir esse trabalho, pelo seu sustento e amor incondicional.

À minha família em especial minha mãe pelo amor, carinho e incentivo para a conclusão desse trabalho.

À professora Doutora Maria do Carmo Lourenço Fernandez Haddad por aceitar me orientar nesse trabalho. Obrigada por valorizar minhas potencialidades, pela atenção, disponibilidade, dedicação e competência compartilhada. Pelo exemplo de profissional que tem me acompanhado e incentivado desde a residência, sempre me incentivando e respeitando meus limites. Meu sincero agradecimento e admiração sempre!

Ao professor Doutor José Carlos Dalmas pela coorientação, pela ajuda com os cálculos.

Ao meu namorado Glauco de Melo Macedo, pela compreensão, incentivo, companheirismo e ajuda.

Às minhas amigas Ana Luísa Dias, Bruna Caroline Rodrigues, Bruna Fernanda Barbosa Queiroz, Fernanda Seabra, Sheila Esteves Farias, Naiara Wedy, que estiveram envolvidos de alguma forma nesse trabalho, compartilhando dificuldades, artigos, palavras de incentivo.

Aos colegas da turma do mestrado da Universidade Estadual de Londrina, muito obrigada pela parceria.

Aos professores do mestrado da Universidade Estadual de Londrina pelas contribuições no desenvolvimento dessa pesquisa.

Às enfermeiras do SESMT/UEL Helena Maria Felipe Alves, Roseana Almeida Marengo e Andreza Daher Delfino Sentone por permitir a realização e execução desse trabalho.

CACCIARI, Pâmella. **Estado de saúde e nível de stress em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.** 2013. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, 2013.

RESUMO

O trabalho é um dos fundamentos da vida humana, ocupando de forma quase total o espaço de vida, podendo, entretanto, levar o indivíduo ao adoecimento devido às cargas de trabalho e ao envelhecimento que interferem no processo saúde-doença do trabalhador. O adoecimento pode causar limitações no seu labor que levam a restrições temporárias ou permanentes. Este estudo teve por objetivo avaliar o estado de saúde e o nível de *stress* de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública. Pesquisa exploratória, descritiva, transversal de abordagem quantitativa, realizada em uma universidade estadual pública. A população desse estudo foi composta por 92 trabalhadores readequados e readaptados. A coleta de dados foi realizada por meio de três questionários, sendo o primeiro de caracterização sociodemográfica e ocupacional, o segundo de Escala de Percepção de Estresse (EPS-10) e o terceiro *Medical Outcomes Studies 36 - item Short Form (MOS SF-36)*. Os dados foram coletados no período de novembro de 2012 a maio de 2013, utilizando-se o programa *Statistical Package of Social Science (SPSS)* versão 20.0 para análise estatística descritiva dos dados. Observou-se, assim, que 73,9% eram do sexo feminino, com média de idade de 49,0 anos; 57,6% possuíam o ensino médio, 71,7% eram casados e 50,0% recebiam até três salários mínimos. Quanto ao *stress*, a média geral da EPS foi de 22,6 pontos (DP=5,8), verificando-se que os trabalhadores que se encontravam na função laborativa técnico apresentaram maior *stress* (24,6 pontos). Em relação ao sexo, percebeu-se que as mulheres apresentaram maior *stress* do que os homens, com significância estatística ($p=0,024$). Verificou-se, também, que os trabalhadores que sofreram quedas tiveram maior nível de *stress* (28,2%). Ao avaliar o estado de saúde, os domínios que apresentaram os melhores escores foram: função social (73,4 pontos) e desempenho emocional (70,4 pontos), ao passo que os que apresentaram piores escores foram desempenho físico (60,4 pontos) e vitalidade (60,6 pontos). Quanto ao estado de saúde comparado ao de um ano atrás, 34,8% relataram que sua saúde estava "quase a mesma coisa". Quanto à função laborativa, observou-se que os trabalhadores que exerciam a função administrativa apresentaram piores escores no desempenho físico (52,5 pontos), havendo correlação entre *stress* e saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental. Os resultados demonstraram que, apesar da readequação e readaptação ser uma estratégia dos gestores para os trabalhadores que apresentam limitações por agravos no seu processo saúde-doença, percebeu-se a necessidade de implementar programas multidisciplinares que visem à promoção da saúde desses trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. *Stress*. Readaptação ao emprego. Trabalhadores. Enfermagem do trabalho.

CACCIARI, Pâmella. **State of health and stress level of reassigned and readapted workers from a state university.** 2013. 133 p. Dissertation (Masters degree in Nursing) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, 2013.

ABSTRACT

Work is one of the foundations of human life, occupying almost fully the living space, however it can lead an individual to illness due to work loads and aging that affect the health and illness process of the worker. Illness can cause limitations in their work that lead to temporary or permanent restrictions. This study aimed to assess the state of health and *stress* level of reassigned and readapted workers from a state university. Exploratory, descriptive, cross-sectional quantitative approach, held in a state university. The study population consisted of 92 reassigned and readapted workers. Data collection was performed through three questionnaires, the first being of sociodemographic and occupational characteristics, the second Perceived Stress Scale (EPS-10), the third *Medical Outcomes Studies and the third 36 - item Short Form (MOS SF-36)*. Data were collected from November 2012 to May 2013. It was used the *Statistical Package of Social Sciences (SPSS)* version 20.0 software for descriptive statistical analysis. It was observed that 73.9 % were female, mean age 49.0 years, 57.6 % completed high school, 71.7 % were married and 50.0 % received up to three minimum wages. Regarding to *stress* the overall average of EPS was 22.6 points (SD=5.8). It was found that workers who were in technical functions showed higher *stress* (24.6 points). Regarding to gender, it was noted that women had higher *stress* than men, with statistical significance ($p=0.024$). It was also found that workers who suffered falls had a higher *stress* level (28.2%). When assessing the health status the areas that showed the best scores were: social function (73.4 points) and emotional performance (70.4 points), those that had the lowest scores were physical performance (60.4 points) and vitality (60.6 points). Regarding to the health status compared with the previous year, 34.8% reported that their health was "almost the same". With regard to labor function was noted that workers who had administrative functions had worse scores in physical performance (52.5 points). There was a correlation between *stress* and general health, vitality, emotional performance and mental health. The results showed that despite the reassignment and readaptation is a strategy of managers to workers who have limitations because of aggravations on their health-disease process, we realized the need to implement multidisciplinary programs aimed at promoting the health of these workers.

Keywords: Worker health. *Stress*. Readaptation to employment. Workers. Labor nursing.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Divisão do <i>MOS-SF</i> 36 no componente físico e mental	55
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Publicações selecionadas referente à saúde do trabalhador avaliada pelo instrumento <i>MOS SF-36</i>	35
Quadro 2 – Escalas de <i>Stress</i> traduzidas e validadas para a língua portuguesa.....	45
Quadro 3 – Distribuição dos itens das oito dimensões do <i>MOS SF-36</i>	53
Quadro 4 – Significado das pontuações dos domínios que compõe o <i>MOS SF-36</i>	54

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

- Tabela 1** – Caracterização sócio-demográfica dos trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 2013.....64
- Tabela 2** – Correlação entre as variáveis do estudo e a Escala de Percepção de Estresse dos trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 201365
- Tabela 3** – Correlação entre problemas de saúde referidos e a Escala de Percepção de Estresse dos trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 201366

ARTIGO 2

- Tabela 1** – Valores dos domínios avaliados pelo *MOS SF-36* dos trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 2013.....79
- Tabela 2** – Percepção dos trabalhadores readequados e readaptados quanto à avaliação da saúde comparada a de um ano atrás, Brasil, 2013.....79
- Tabela 3** – Escores dos domínios avaliados pelo *MOS SF-36* relacionados a função laborativa de trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 201380

ARTIGO 3

- Tabela 1** – Análise descritiva dos domínios do *MOS SF-36* e da EPS em trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 2013.....94
- Tabela 2** – Correlação entre os domínios do *MOS SF-36* e da EPS em trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 201395

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACROQoL	<i>Acromegaly Quality of Life Questionnaire</i>
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
DC	Dor Corporal
DE	Desempenho Emocional
DF	Desempenho Físico
EBS	Escala Bianchi de <i>Stress</i>
EET	Escala de Estresse no Trabalho
EPS - 13	Escala de Percepção de Stresse
EPS-10	Escala de Estresse Percebido
FF	Função Física
FS	Função Social
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form</i>
IQV	Índice Qualidade de Vida
ISSI	Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> Infantil
ISSL	Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para adultos de Lipp
KDQOLSFTM	<i>Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form</i>
MOS SF-36	<i>Medical Outcomes Studies 36</i>
NR	Norma Regulamentadoras
PAID	<i>Problem Areas in Diabetes</i>
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PEA	População Economicamente Ativa
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAG	Síndrome Geral de Adaptação
SEBEC	Serviço de Bem Estar à Comunidade
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SG	Saúde Geral
SM	Saúde Mental

SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VT	Vitalidade
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
2.1 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO TRABALHO.....	24
2.2 LEGISLAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	28
2.3 ESTADO DE SAÚDE.....	33
2.4 <i>STRESS</i>	39
3 OBJETIVOS	46
3.1 GERAL	47
3.2 ESPECÍFICOS	47
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	48
4.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	49
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	49
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	50
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	51
4.5 COLETA DE DADOS.....	51
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	52
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	55
4.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	56
5 RESULTADOS	57
5.1 ARTIGO 1	58
5.2 ARTIGO 2	72
5.3 ARTIGO 3	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	104

APÊNDICES	116
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados referente ao Perfil Sócio demográfico, Ocupacional	117
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	119
ANEXOS	121
ANEXO A – <i>Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey</i>	122
ANEXO B – Decreto nº 6.805	127
ANEXO C – Escala de Percepção de Estresse.....	130
ANEXO D – Escala transformadora dos cálculos do <i>MOS SF-36</i>	131
ANEXO E – Valores da Escala de Estresse Percebido.....	132
ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	133

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, intitulada "**Estado de saúde e nível de *stress* de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública**", foi desenvolvida na Universidade Estadual de Londrina-PR com o objetivo de avaliar o estado de saúde e o nível de *stress* de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

A dissertação está estruturada com introdução, revisão da literatura, justificativa, objetivos geral e específicos, procedimentos metodológicos, resultados, discussão, conclusão, referências, anexos e apêndices.

Os resultados estão apresentados em forma de três artigos científicos, elaborados a partir dos objetivos geral e específico propostos na dissertação.

O primeiro artigo "**Nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública**", respondeu ao objetivo: identificar o nível de *stress* de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

O segundo artigo, "**Estado de saúde de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública**", atendeu ao objetivo: identificar o estado de saúde de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

O terceiro artigo "**Estado de saúde e nível de *stress* de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública**", permitiu responder ao objetivo: correlacionar estado de saúde e o nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é considerado como um dos fundamentos da vida humana, ocupando de forma quase total o espaço de vida, devendo ser compreendido em seu âmbito econômico, cultural e social. É no trabalho, pois, que o homem encontra seu sustento, formação de sua identidade, sua participação social, maneiras de conviver e relacionar com o meio externo; é um elemento essencial para a saúde, mas pode ser também causador de doenças (CUSTÓDIO et al., 2010; MARTINS; ROBAZZI; GARANHANI, 2009).

O significado de trabalho, por muito tempo, foi associado a fardo e sacrifício. Na Grécia Antiga, o trabalho era desprezado pelos cidadãos livres e por nobres que consideravam o exercício das profissões degradante. Nos primeiros anos do cristianismo, o trabalho era visto como tarefa penosa e humilhante, como punição para o pecado. A partir do renascimento, contudo, mudou-se a concepção sobre o trabalho atribuindo-o como uma fonte de identidade e autorrealização humana, não sendo mais uma ocupação servil, escrava e punitiva (LICCIARDI, 2011; RIBERO; LEDA, 2004).

Para Marx (1988), o trabalho é uma atividade orientada com uma finalidade, um processo de interação entre o homem e a natureza no qual o indivíduo, por sua própria ação, atua intencionalmente sobre elementos da natureza dando a ele a potencialidade de, conscientemente, transformar e ser transformado, e assim, exercer sua criatividade. Para o autor, a essência do homem está no trabalho, o ser humano é aquilo que produz.

Coutinho (2009) descreve que o processo de trabalho tem como finalidade a elaboração de um produto para satisfazer às necessidades humanas. Nas sociedades capitalistas, tal processo tem como objetivo a produção não só de valores de uso, mas, principalmente, de valores de troca, isto é, mercadoria com vistas à valorização do capital. Entretanto, esse processo de trabalho, também necessita ter um sentido, de estar integrado à vida e, assim, contribuir com a construção de uma sociedade com valores éticos e morais.

A diferença existente entre o trabalho do ser humano e o do animal é que o primeiro imprime no objeto o plano que ele constrói, cria, imagina, inventa; e idealiza; e o animal realiza-o somente como uma ação puramente mecânica (ALVES, 2011; MARTINS, 2008).

As transformações que ocorrem na sociedade interferem no modo como o trabalho é conceituado e compreendido. Dessa maneira, os avanços no mundo do trabalho, de alguma maneira, foram decisivos para o jeito de viver do homem contemporâneo, sendo indispensável atender a novas necessidades, tais como: reconhecimento, valorização e prestígio social (NATIVIDADE; COUTINHO, 2012; MARTINS, 2008).

As mudanças ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido intensamente na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores. Assim, a incorporação crescente da microeletrônica, da informática, da telemática e da robótica, somada a um novo e complexo conjunto de inovações organizacionais modificou profundamente a estrutura produtiva dos países capitalistas, como o Brasil, provocando transformações na organização, nas condições e nas relações de trabalho. Observa-se, portanto, que a intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo e tem levado ao consumo desmedido das energias físicas e psíquicas dos trabalhadores (ALDENIS, 2012; ELIAS; NAVARRO, 2006).

Esse cenário produz consequências contraditórias, pois pode ocasionar a (re) valorização do trabalho e investimento na formação e qualidade de vida dos trabalhadores. Em contrapartida, são vivenciados aspectos negativos como o ritmo intenso de trabalho, a degradação das condições de trabalho, desqualificação dos trabalhadores com menores competências, interferência na qualidade de vida do trabalhador, crescentes incertezas, sentimentos de tédio, angústia e sofrimento (MARTINS; ROBAZZI; GARANHANI, 2009; RIBEIRO; MARQUES, 2009).

No dia a dia, constata-se que o indivíduo se depara com as cargas de trabalho que são os elementos do processo de trabalho e que interagem entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Essa carga de trabalho está associada a variáveis presentes na situação de trabalho que agem de modo combinado e causam impacto no trabalhador, exigindo dele um esforço permanente de regulação e adaptação; tal esforço não é indolor, a regulação é acompanhada de desgaste e de custo para a pessoa (LAURELL; NORIEGA, 1989). As cargas de trabalho também podem levar ao adoecimento do trabalhador, gerando o desgaste, entendido como perda da

capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica (LAUREL; NORIEGA, 1989; MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011).

Nesse sentido é importante conhecer os tipos das cargas, sendo elas agrupadas em físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas (LAUREL; NORIEGA, 1989).

Estudos sobre as cargas de trabalho são imprescindíveis para investigar quais as características da carga a que o trabalhador está submetido, facilitando o diagnóstico e o planejamento de mudanças nas condições de trabalho, a fim de intervir em situações que promovam o bem estar da saúde do trabalhador (FRUTUOSO; CRUZ, 2005; SCHMOELLER et al., 2011).

As cargas de trabalho exercem influências positivas ou negativas no psiquismo do indivíduo, podendo contribuir tanto para o bem-estar do homem, quanto para o surgimento de sintomas que afetam a saúde facilitando o adoecimento. Assim, reconhece que o trabalhador vivencia contradições na situação do trabalho, podendo ser fonte de prazer ou sofrimento para o mesmo. Diante disso, Mendes, Costa e Barros (2003, p. 2) definem o sofrimento do trabalhador como:

[...] uma vivência individual ou coletiva, frequente e permanente, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança provenientes do conflito entre as necessidades de gratificação do binômio corpo-mente e a restrição de satisfazê-las, pelas imposições das situações de trabalho.

O sofrimento pode causar o adoecimento de aspectos corporais ou psíquicos, levando à medicalização abusiva ou desnecessária; licença médica excessiva; internação hospitalar e aposentadoria por invalidez indevida (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2007; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

As cargas físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas trazem consequências para a saúde do trabalhador, aumentando o desgaste funcional, indo além do desgaste natural próprio do envelhecimento. Esse desgaste acelera o envelhecimento do trabalhador.

Importante observar que o envelhecimento tem relevância para a saúde do trabalhador, pois produz mudanças físicas como: diminuição da força muscular, enfraquecimento do sistema musculoesquelético, diminuição da capacidade para o trabalho e da termorregulação, da qualidade de sono, alterações de visão e audição. Aspectos nas atividades cognitivas também apresentam

alterações como maior tempo para aprender novas habilidades, menor concentração, entre outras (ALBERTA HUMAN RESOURCES AND EMPLOYMENT, 2006).

Estas alterações geram impacto na força de trabalho, considerando a mudança no perfil epidemiológico da população brasileira, em quem se observa que o processo de envelhecimento vem ocorrendo intensamente em consequência das mudanças no comportamento das variáveis demográficas, devido à diminuição da fecundidade e da mortalidade. No mercado de trabalho, essa evolução pode afetar profundamente a composição etária da população economicamente ativa (PEA), pois tem-se observado aumento da proporção de pessoas, com 40 anos ou mais, no mercado de trabalho, chegando a ultrapassar os adultos com 25 a 39 anos, que tradicionalmente sempre ocupou maior espaço na PEA (KRELING, 2010).

As cargas de trabalho e o envelhecimento interferem no processo saúde-doença do trabalhador. Já o adoecimento pode causar limitações no seu labor que levam a restrições temporárias ou permanentes, as quais têm o objetivo de preservar o trabalhador de novos riscos ocupacionais e ou da impossibilidade de exercer as atividades para o qual foi nomeado (RIBEIRO; FERNANDES, 2011).

Diante do exposto, o despertar por essa pesquisa surgiu durante o período em que a pesquisadora foi residente de gerência dos serviços de enfermagem, sendo um dos campos de estágio o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) de uma universidade estadual pública, onde se constatou a existência de vários trabalhadores com restrições, levando à readequação e readaptação funcional.

A finalidade do SESMT é promover a saúde e proteger a integridade do servidor, coordenar, orientar, controlar e supervisionar suas atividades laborais, observando a segurança e saúde ocupacional, sendo composto pela segurança do trabalho e saúde ocupacional (BRASIL, 1998).

O serviço de segurança do trabalho realiza inspeções para avaliação de riscos ocupacionais dos setores, existência e utilização de equipamentos de proteção individual ou coletiva. Após as inspeções, o engenheiro emite pareceres dos processos de insalubridade e periculosidade abertos pelos profissionais.

Já o serviço de saúde ocupacional realiza o acompanhamento do servidor desde a sua admissão na instituição, permanência e demissão do quadro de recursos humanos por meio de consultas de enfermagem e médicas, exames

periódicos e admissionais, atuando também no direcionamento dos processos de readaptação/ readequação funcional e do retorno ao trabalho (BRASIL, 1998).

Na universidade onde o estudo foi realizado, o processo de readequação e readaptação funcional ocorre em caráter temporário ou definitivo, sendo considerado temporário, quando a diminuição da capacidade funcional for passageira e, definitivo, se a limitação for irreversível. Essa condição, pois, é concedida após laudo do médico do trabalho do SESMT (UNIVERSIDADE ESTADUAL de LONDRINA, 2000).

Ainda no período de residência, a autora realizou uma pesquisa com os trabalhadores em readequação e readaptação funcional da equipe de enfermagem de um hospital universitário público com o objetivo de identificar o estado de saúde desses indivíduos, sendo os dados coletados por meio do instrumento *Medical Outcomes Studies 36 - item Short Form (MOS SF-36)* (Anexo 1).

Tal questionário genérico *MOS SF-36* é multidimensional, composto por 36 questões e divididas em oito domínios: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; saúde mental e avaliação comparativa entre a condição de saúde atual em relação ao ano anterior. Para avaliação dos resultados, foi atribuída uma pontuação para cada questão que, posteriormente, foi transformada numa escala de 0 a 100, na qual zero corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor (CICONELLI, 1999).

Os resultados desse questionário demonstraram que 91,2% dos motivos da readequação e readaptação foram por problemas físicos. Dos oito domínios avaliados pelo *MOS SF-36*, observou-se que os piores escores identificados foram dor corporal, vitalidade e saúde em geral e fatores mentais apresentaram melhores escores para aspectos do componente. Os servidores que se encontravam em readequação física apresentaram todos os domínios exceto desempenho emocional com escores inferiores aos com readequação mental (CACCIARI et al., 2013).

Diante desses resultados, percebeu-se a relevância de ampliar esse estudo para todos os trabalhadores readequados e readaptados da Universidade Estadual de Londrina (UEL) para que os gestores dessa instituição possam

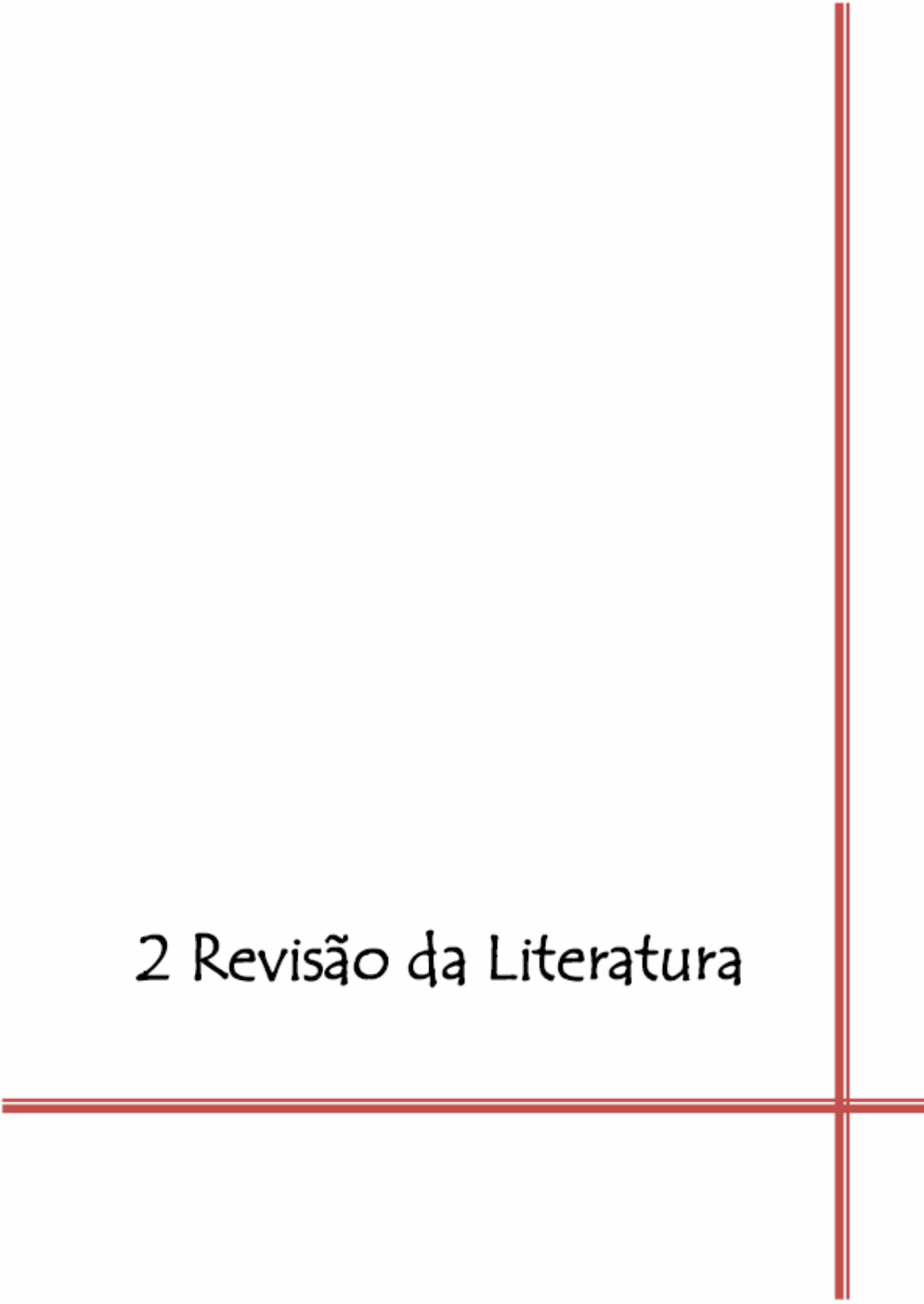
desenvolver estratégias específicas de programas de melhoria de qualidade de vida para esses trabalhadores.

Outro aspecto que instigou a autora a ampliar a população de estudo foi devido à revisão de literatura realizada para o estudo demonstrar o escasso volume de publicações relacionadas a esse tema.

Considerando as questões acima descritas, tem-se como pergunta de pesquisa para esse estudo:

Quais as condições de saúde física, mental e *stress* dos trabalhadores readequados e readaptados de uma Universidade Estadual Pública?

2 Revisão da Literatura



2 Revisão de Literatura

2.1 PROCESSO SAÚDE - DOENÇA NO TRABALHO

O conceito que se tem de saúde depende do entendimento que se tem do organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente. A evolução dos conceitos do processo saúde-doença tem acompanhado o desenvolvimento histórico da sociedade e dos avanços científicos. Diante disso, surgiram várias teorias explicativas do processo saúde-doença, sendo elas: unicausalidade, multicausalidade e a determinação social (PRATTA; SANTOS, 2009; SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

No século XIX, época marcada pelo surgimento da microbiologia, que levou à comprovação de que cada doença é determinada por um microorganismo específico, mudou-se definitivamente a forma de perceber a saúde e a doença, surgindo à teoria da unicausalidade, segundo a qual a doença estava baseada na existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença (BACKES et al, 2009; BALESTRIN; BARROS, 2009; PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Após a segunda guerra mundial, quando os países industrializados começaram a vivenciar a transição epidemiológica, com diminuição de doenças infecto-parasitárias e o incremento de doenças crônicas degenerativas, o modelo unicausal enfraqueceu devido à somente explicar doenças infecciosas. Com isso, surgiu o modelo multicausal no qual se estabeleceu uma associação entre a doença e múltiplos fatores de risco. Desse modo, o homem passa a ser classificado segundo critérios naturais como idade, sexo e raça (MAEYAMA; CUTOLO, 2010; SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

A partir de 1960, intensificaram-se as críticas ao modelo multicausal, buscando uma nova formulação sobre a determinação do processo saúde-doença que seja capaz de considerar as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Diante disso, a teoria da determinação social se contrapõe ao modelo multicausal, pois articula as diferentes dimensões da vida como os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Nesse sentido, ocorre um rompimento com a concepção de causa-efeito, sendo a estrutura social modeladora dos processos de produção da saúde ou doença. A noção de causalidade, assim, é substituída pela noção de determinação, com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação do processo saúde-doença, Estando vinculada à compreensão dos modos e estilos de vida derivados não só das escolhas pessoais, mas também de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço. Dessa maneira, cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução biológica, que leva ao adoecimento (BALESTRIN; BARROS, 2009).

Importante, então, entender a evolução do conceito de processo-saúde para perceber que esse estado não é estático, isolado, ou por uma causa aleatória, não se está com saúde ou doença por acaso. Há uma determinação, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais. Compreender esse processo pode ser um meio de chegar à origem de como se adoece, e então realizar intervenção por meio de um sistema de cuidados para a saúde e atender às necessidades, demandas, aspirações individuais e coletivas, como um processo técnico, científico e político (SILVA, 2006).

Compreender esse processo é importante para reconhecer a interrelação entre saúde e doença no trabalho, em que os agravos não ocorrem por uma causalidade, mas pela determinação social. Esse fato influencia o modo de adoecer e morrer dos trabalhadores, em que há multiplicidade de determinações, objetivas e subjetivas, varia de acordo com cada população ou grupo de trabalhadores; devido ao tipo e organização do processo de trabalho; ao tempo e espaço histórico; ao perfil sócio econômico e cultural dos trabalhadores; à estrutura e organização do trabalho na sociedade; à relação entre classes sociais e à forma como cada indivíduo ou grupo reage subjetivamente às agressões ao seu corpo (BATISTA, 2004; CAVALCANTE et al., 2008; TOLDRÁ et al., 2010).

De acordo com Jacques (2003), para entender a proximidade existente entre saúde-doença-trabalho e melhorar as condições de trabalho e de vida do trabalhador, surgiram às áreas de conhecimento:

- ✓ medicina do trabalho - centrada no sujeito, buscando minimizar influência do meio sobre a saúde dos trabalhadores;
- ✓ saúde ocupacional - analisando a organização do trabalho e focando nos postos/cargos de trabalho;
- ✓ saúde do trabalhador - que se detém nos processos dinâmicos de trabalho, buscando garantir a atenção integral aos trabalhadores.

A medicina do trabalho surgiu na Inglaterra no século XVIII, época em que ocorreu a Revolução Industrial, que desencadeou transformações radicais e que levaram a um processo de trabalho acelerado e desumano de produção, com jornadas excessivas, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, aos quais se submetiam também mulheres e crianças. Esses ambientes inadequados propiciavam a proliferação de doenças infectocontagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes (MENDES; DIAS, 1991).

Diante desse cenário, em 1830 introduziu-se nas fábricas o médico, criando em 1833 a Lei das Fábricas, segundo o qual a medicina do trabalho tinha como objetivo assegurar a proteção dos trabalhadores contra os riscos à sua saúde e estabelecer e manter a saúde física e mental dos trabalhadores nos locais de trabalho (HOEFEL; SEVERO, 2011; MENDES; DIAS, 1991).

Após a 2ª Guerra Mundial, além de uma piora nas condições de trabalho, ocorreu o desenvolvimento de novos processos industriais e equipamentos, bem como se observou a divisão internacional do trabalho, aumentando a insatisfação e os agravos à saúde dos trabalhadores e revelando a fragilidade da medicina do trabalho para intervir nesses problemas de saúde (CAVALCANTE et al., 2008).

Com as deficiências da medicina do trabalho surge a saúde ocupacional com um traço de interdisciplinaridade, como ações de equipes multiprofissionais e ênfase na higiene industrial. Tal atuação multiprofissional e a estratégia de intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais, refletem a influência das escolas de saúde pública (HOEFEL; SEVERO, 2011; MENDES; DIAS, 1991).

Essa saúde ocupacional apresenta limitações que geram uma insuficiência no modelo de assistência em relação às necessidades dos

trabalhadores e uma crise, compreendendo fatores políticos e sociais, sobretudo a respeito da exigência da participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança (CAVALCANTE et al., 2008).

Com a deficiência do modelo da saúde ocupacional e as modificações políticas e sociais surge o campo da saúde do trabalhador, que busca compreender a relação do processo de saúde-doença no trabalho, entendendo a saúde e a doença articulados com o modo de produção e desenvolvimento em uma sociedade num determinado contexto histórico (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Importante pontuar que o conceito de saúde do trabalhador tem um sentido mais amplo que abrange desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação, às ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Entende-se por saúde do trabalhador, assim, o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, como medicina social, saúde pública, saúde coletiva, clínica médica, medicina do trabalho, sociologia, epidemiologia social, engenharia, psicologia, entre tantas outras, que aliado ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgaste e reprodução estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho (HOEFEL; SEVERO, 2011; LACAZ, 2007).

No Brasil, o termo saúde do trabalhador surge com a Reforma Sanitária, que se intensificou no país a partir da década de 1980, sendo um período caracterizado por epidemias, aparecimento de novas formas de adoecimento no trabalho, modificação dos métodos laborais e reivindicações dos trabalhadores (HOEFEL; SEVERO, 2011; LOURENÇO; BERTANI, 2007; NARDI, 1997).

Para a consolidação da saúde do trabalhador no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que consolidou a proposta da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a I Conferência Nacional de Saúde do

Trabalhador foram percussoras para a criação de legislação que atendessem à saúde do trabalhador no Brasil.

2.2 LEGISLAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A saúde dos trabalhadores é um dos mais sérios problemas de saúde pública, pois a precariedade das condições dos processos de trabalho determinam altos índices de morbimortalidade nesta área (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2013).

Diante desse cenário, as ações sociais que buscam preservar a saúde dos trabalhadores nascem de vários grupos sociais e instituições. No Brasil, essas ações têm se multiplicado nos últimos anos e vêm se diversificando com o empenho de varias instituições como os sindicatos, Ministério do Trabalho, grupos de pesquisa universitários, centro de referência em saúde do trabalhador e secretarias de saúde, ressaltando-se que essas instituições desenvolvem atividades de prevenção de acidente e doenças ocupacionais (LIMA, 2009).

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença, considerando a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico (BRASIL, 2002).

Assim, a Saúde do Trabalhador no Brasil passa a ter nova definição e delineamento institucional, a partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

[...]

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

[...]

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1998).

Dessa forma, a saúde do trabalhador passou a ser constitucional com as políticas sociais, econômicas e ambientais que visam o bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, bem como a redução do risco de doenças e outros agravos (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (Brasil, 1990) dispõe sobre a responsabilidade em coordenar a atividade de saúde do trabalhador:

Art. 6º

[...]

3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1980).

Em 2002, foi publicada a Portaria nº 1.679 (BRASIL, 2002), que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS com a articulação entre o Ministério da Saúde, Secretaria de

Saúde dos Estados e Secretarias Municipais de Saúde, criando os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Esses centros têm como finalidade o estudo e intervenção nas relações entre trabalho e saúde e, como objetivo, realizar a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde do trabalhador urbano ou rural, do setor formal ou informal de trabalho.

Em 2011, foi publicado no Diário Oficial da União o Decreto nº 7.602 que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), tendo como objetivos: promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos do trabalho ou que ocorram no curso dele (BRASIL, 2011).

Considerando a necessidade de uma adaptação entre a PNSST, em 2012, foi instituída a Portaria nº 1.823, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), tendo por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Outra conquista no campo da saúde do trabalhador foi o estabelecimento das Normas Regulamentadoras (NR), que fornecem orientações sobre procedimentos relacionados à segurança e medicina do trabalho.

A NR 4 normatiza as ações dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e tem por finalidade promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador em seu local de trabalho. O SESMT tem por objetivo a prevenção de acidente e de doenças ocupacionais, reduzindo e eliminando riscos à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1996).

Com a finalidade de promoção e preservação da saúde dos trabalhadores, bem como prevenção e diagnóstico precoce de doenças relacionadas às funções desempenhadas e ao ambiente de trabalho, o Ministério do Trabalho promulgou a NR 7, que instituiu a obrigatoriedade de elaboração e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) (BRASIL, 1996).

O PCMSO tem como principal objetivo prevenir, rastrear e diagnosticar precocemente as doenças ocupacionais, envolvendo ações de toda a equipe, em especial, do médico do trabalho, que realiza exames individuais nos trabalhadores, promove imunização, dentre outras medidas (BRASIL, 1996).

Além disso, é o responsável por realizar os exames ocupacionais: admissional, periódico, retorno ao trabalho (quando o afastamento for superior a 30 dias), mudança de função e demissional (BRASIL, 1996).

Apesar de todo o esforço empregado pelo Brasil nos últimos 30 anos tanto para compreender os problemas de saúde do trabalhador quanto para

implementar programas de prevenção, os números de acidente e agravos ainda continuam elevados (LIMA, 2009).

Observa-se que os servidores que apresentam alterações morfológicas, psicológicas e ou fisiológicas provocadas por doença ou acidente do trabalho podem evoluir com limitações que levam a restrições temporárias ou permanentes, as quais têm o objetivo de preservar o trabalhador de novos riscos ocupacionais ou devido à impossibilidade de exercer as atividades para o qual foi nomeado (RIBEIRO; FERNANDES, 2011).

Observa-se também que os sentimentos de incertezas que permeiam o processo de aposentadoria retardam o desligamento dos trabalhadores da instituição, sobretudo nas instituições públicas, aumentando a força de trabalho envelhecida, o que pode gerar problemas gerenciais, pois o trabalhador apresenta um desgaste físico e psicológico que poderá levá-lo a não exercer mais suas atividades de rotina na instituição, sendo, então, necessário readaptar este profissional em outra função.

Considerando os aspectos acima mencionados, a Previdência Social implantou leis de amparo e seguridade ao trabalhador, sendo uma delas a que regulamenta a readaptação funcional.

A readaptação funcional é caracterizada pela atribuição de novas responsabilidades compatíveis com a limitação da capacidade física ou psíquica sofrida pelo servidor, desde que haja fatores agravantes a sua doença no local de trabalho e não se justifique a licença para tratamento de saúde ou aposentadoria. Regulamentada pela Lei federal nº 8.112/90, artigo 24 (BRASIL, 1990) que define a readaptação como:

A investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificada em inspeção médica (BRASIL, 1990).

A instituição onde o estudo foi realizado implantou a readaptação funcional, normatizada pela resolução do Conselho de Administração nº 71/2000 (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2000), que a define como:

[...] a limitação do servidor ao trabalho por patologia, agravo à saúde ou elucidação diagnóstica, impedindo-o de exercer definitivamente e totalmente as atividades para as quais foi nomeado, e que não caracteriza motivo para aposentadoria ou licença para tratamento de saúde (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2000).

Nessa circunstância, ocorre a mudança de cargo decorrente da inaptidão definitiva do servidor para o cargo originário. Outra situação que acontece é a readequação funcional também normalizada pela resolução que tem sua definição:

Entende-se por Readequação Funcional a limitação do servidor ao trabalho por patologia, agravo à saúde ou elucidação diagnóstica, impedindo-o de exercer parcialmente, por tempo limitado ou definitivo, as atividades para as quais foi nomeado, e que não caracteriza motivo para aposentadoria ou licença para tratamento de saúde (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2000).

Esse procedimento autoriza a redução do rol permanente de atividades inerentes ao cargo ocupado, em decorrência de restrições definitivas de saúde apresentadas pelo servidor, desde que mantido o núcleo básico do cargo.

Em 2012, o Governo do Estado do Paraná regulamentou as normas e os procedimentos referentes à readaptação na Administração Direta e Autárquica do Poder Executivo, inclusive nas Instituições de Ensino Superior pelo Decreto 6.805-19 de Dezembro de 2012, (PARANÁ, 2012), tendo em vista o disposto nos artigos 119 e 212 da Lei nº 6174/70 (PARANÁ, 1970) que dispõe sobre normas e procedimentos referentes à readaptação (Anexo 2).

Considerando a publicação desse decreto, a instituição na qual o estudo foi realizado revogou a Resolução nº 71/2000 (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2000), e a partir de 2013 os processos de readequação/readaptação serão conduzidos pela Secretária de Estado da Administração e da Previdência.

Como no Estado do Paraná, as leis de saúde do trabalhador asseguram a readequação funcional como direito ao servidor que se encontra em restrição física ou mental.

2.3 ESTADO DE SAÚDE

O estado de saúde para Ware e Shebourne (1992, p. 474) deve "englobar aspectos físicos e sociais, capacidade funcional, saúde mental e percepção geral de saúde, acrescido de mais dois conceitos que estão sendo fortemente sustentados pelos estudos empíricos, que são dor no corpo e vitalidade".

Segundo Fayers e Machin (2007), o estado de saúde é equivalente ao de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que refere à percepção de uma pessoa, portadora ou não de uma doença, quanto ao seu estado de saúde. A avaliação da QVRS tem o objetivo de monitorizar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, sendo reconhecida como importante indicador de saúde em populações saudáveis, incluindo os trabalhadores.

Para Oliveira e Orsini (2009) e Pires (2009), o conceito de QVRS é um estado de saúde, centrado na avaliação subjetiva do indivíduo relacionado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Refere-se à função do indivíduo em perceber o seu desempenho em quatro dimensões: física, funcional, psicológica e social.

Os estudos sobre a QVRS foram desenvolvidos com a intenção de abordar as percepções relacionadas aos processos de saúde-doença, incluindo os critérios de subjetividade, percepção pessoal e multidimensionalidade (PIRES, 2009).

A avaliação da QVRS e estado de saúde podem ser feita por meio de abordagem qualitativa e quantitativa. Quando realizada pela abordagem quantitativa, os instrumentos podem ser divididos em dois grupos: os específicos e os genéricos.

Os instrumentos específicos têm a vantagem de detectar particularidades da QVRS em determinadas situações. Esses instrumentos têm a finalidade de relacionar o quanto à doença ou estado crônico interfere na qualidade de vida do indivíduo. Alguns exemplos de questionários específicos já validados para uso no Brasil são: *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOLSFTM), específico para avaliar a pessoa com doença renal crônica terminal, é autoaplicável e possui 80 itens; e o *Acromegaly Quality of Life Questionnaire* (ACROQoL), questionário unidimensional que contém 22 itens divididos em dois domínios: um que avalia os aspectos físicos e outro que afere os aspectos

psicológicos de indivíduos com acromegalia (AGUIAR et al., 2008; DESSOTTE, 2010).

Outra escala específica já traduzida e validada no Brasil é a *Problem Areas in Diabetes* (PAID), sendo um questionário com 20 itens, focado nos aspectos emocionais negativos da pessoa que convive com *diabetes mellitus*. Cada item pode ser pontuado de 01 (que significa "nenhum problema") até 06 (correspondendo a "problema sério"). O escore é transformado em uma escala que varia de 0 até 100; pontuação elevada indica maior prejuízo, o questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) utilizado em indivíduos com incontinência urinária é outro exemplo de instrumentos específicos (AGUIAR et al., 2008; TAMANINI, 2004).

Além dos instrumentos específicos, existem os genéricos que podem ser administrados para a população em geral, independente do sexo, idade, de patologias. Esses instrumentos avaliam vários aspectos como a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, podem ser utilizados para avaliar a eficácia de políticas e programas de saúde, como a alocação de recursos a serem utilizados (AGUIAR et al., 2008).

Entre exemplos dessas escalas genéricas estão: o *World Health Organization Quality of Life Instrument* - WHOQOL, o qual contém 100 questões formuladas para uma escala de respostas do tipo *Likert*, multidimensional estruturada em seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais. Outro instrumento é o Índice Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQV), elaborado pelas enfermeiras americanas Ferrans e Powers, é dividido em duas partes, com 34 itens cada uma, dispostos em quatro aspectos: saúde / funcionamento; socioeconómico; psicológico / espiritual e família (ALVES, 2011; SCATTOLIN, 2006).

Observa-se que um dos instrumentos genéricos amplamente usados para avaliar o estado de saúde é o *Medical Outcome Study 36-item Short Form* (MOS SF - 36), que é um questionário de medidas genéricas de qualidade de vida, que foi traduzido e validado para a língua portuguesa com uma amostra de pessoas com artrite reumatóide (CICONELLI, 1999). Esse instrumento tem o intuito de avaliar o estado geral de saúde dos indivíduos, independente da idade e doença. Vários estudos têm abordado a QVRS em trabalhadores, utilizando o MOS SF-36 como instrumento genérico de QVRS, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Publicações selecionadas referentes à saúde do trabalhador avaliada pelo instrumento *MOS SF36*.

Título / Autor / Ano	Periódico	Resumo do Estudo
<p>Distúrbios osteomusculares e qualidade de vida em trabalhadores envolvidos com transporte de pacientes.</p> <p>CÉLIA; ALEXANDRE, 2003.</p>	<p>Revista Brasileira de Enfermagem</p>	<p>O estudo teve por objetivo avaliar os sintomas osteomusculares, a qualidade de vida e as tarefas percebidas como mais fatigantes em trabalhadores de um Serviço de Transporte de Pacientes da Prefeitura de uma cidade do interior de São Paulo. Para coleta de dados utilizou-se um questionário composto por dados demográficos e ocupacionais; um instrumento adaptado do "Nordic Questionnaire"; um questionário de avaliação da qualidade de vida (SF 36) e a escala de BORG. Dos participantes, 82% referiram algum tipo de dor osteomuscular nos últimos 12 meses. A qualidade de vida apresentou-se comprometida nos aspectos dor, aspectos sociais e vitalidade. Os trabalhadores sentem que todas as atividades relacionadas ao transporte de pacientes exigem grandes esforços em relação ao comprometimento do sistema osteomuscular.</p>
<p>Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT.</p> <p>LIMA et.al., 2008.</p>	<p>Revista Acta Fisiátrica</p>	<p>O presente artigo apresenta o Core set da CIF para LER/DORT e seu processo de construção. Trata-se de um relato de experiência da elaboração de um Core Set a partir de uma abordagem interdisciplinar. O Core set da CIF para LER/DORT foi elaborado por meio de consensos sucessivos entre especialistas do campo da saúde do trabalhador em seis etapas, que envolveram desde a aproximação e estudo da CIF, leitura, discussão até a eleição de códigos e comparação com os core sets de dor generalizada e de depressão. Para o componente 'funções do corpo' foram escolhidos códigos relacionados aos aspectos: funções mentais, sensoriais, de dor e neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento. Para 'estruturas do corpo' foram escolhidos códigos relacionados aos aspectos: estruturas do sistema nervoso e relacionadas ao movimento. Para 'atividade e participação' foram escolhidos códigos relacionados à: mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica, relações e interações interpessoais e áreas principais da vida. Para 'fatores ambientais' foram escolhidos códigos relacionados à: apoio e relacionamentos, atitudes e serviços, sistemas e políticas. O componente ambiente foi o mais limitado para a descrição dentro do contexto do trabalho. Este artigo apresenta o esforço de construção de um core set, a partir de uma abordagem interdisciplinar, viável à aplicação no processo de tratamento e reabilitação de trabalhadores com LER/DORT e poderá contribuir para inserir o Brasil na discussão internacional que trata das consequências do adoecimento humano a partir do modelo sócio médico, deslocando o debate científico e a produção de políticas públicas do contexto da deficiência/incapacidade para o contexto da saúde.</p>

<p>Avaliação da qualidade de vida dos funcionários do cartório do 1º ofício da cidade de diamantino, Mato Grosso, por intermédio do questionário SF-36.</p> <p>ZAMPIERIL; DELIBERATO; BARROS, 2009.</p>	<p>Revista Brasileira de Ciências da Saúde</p>	<p>O objetivo desta pesquisa foi analisar a qualidade de vida dos funcionários do Cartório de 1º Ofício da cidade de Diamantino, em Mato Grosso. Foi utilizada a versão brasileira do <i>Short Form-36</i> (SF-36) em dez funcionários do Cartório de 1º Ofício, que colaboraram voluntariamente para a coleta da análise dos dados do questionário. O estudo obteve a análise dos oito domínios do escore do SF-36, onde pôde ser observado que o primeiro domínio, relativo à capacidade funcional, foi aquele que apresentou o maior escore, enquanto os demais domínios (D2, D3, D4, D5, D6, D7 e D8), respectivamente relacionados à saúde mental, também estão acima da metade do valor máximo esperado no escore do SF-36. O questionário SF-36 foi um instrumento adequado, de aplicação relativamente rápida e de fácil uso para a avaliação da qualidade de vida dos funcionários do Cartório de 1º Ofício, pois, na amostra estudada, os oito domínios apresentaram resultado médio entre 51,9 (menor escore = domínio 4) e 71,8 (maior escore = domínio 1).</p>
<p>Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais.</p> <p>MONTEIRO; BENATTI; RODRIGUES, 2009.</p>	<p>Revista Latino-Americana de Enfermagem</p>	<p>Trata-se de estudo que comparou a ocorrência de acidente do trabalho em trabalhadores de instituições hospitalares, com diferentes modalidades organizacionais, no período de 2000-2005, e a qualidade de vida relacionada à saúde de uma amostra de acidentados do ano 2005. Os dados obtidos possibilitaram identificar 286 trabalhadores acidentados a partir da Comunicação de Acidentes do Trabalho. Dos acidentes típicos (91,6%), aqueles com objetos perfurocortantes atingiram 68,5% dos trabalhadores acidentados. Os resultados relativos à qualidade de vida relacionada à saúde, obtidos por auto-aplicação do <i>SF-36 Medical Outcomes Study 36 - Item short form health survey</i>, junto aos 61 trabalhadores acidentados, em 2005, mostraram valores médios elevados na maioria dos domínios analisados, sendo constatada menor pontuação nos domínios Vitalidade e Dor. Não houve diferença significativa na qualidade de vida relacionada à saúde entre os trabalhadores acidentados dos três hospitais estudados.</p>
<p>Qualidade de vida de docentes do ensino fundamental de um município brasileiro.</p> <p>SILVEIRA et al., 2011.</p>	<p>Revista de Enfermagem Referência</p>	<p>A globalização tem influenciado o setor educacional, sobremaneira o professor, que vivencia um acúmulo de funções associado a baixa remuneração, implicando em uma notável queda em sua qualidade de vida. Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de professores dos períodos diurno e noturno de uma instituição municipal de ensino em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, através do questionário <i>Short Form-36</i>; traçou-se este estudo quantitativo, observacional, de corte transversal, realizado em setembro de 2010. Entre os principais resultados destaca-se: 90,00% são do sexo feminino, na idade de 40 a 49 anos (43,46%), como docente do ensino fundamental por 10 a 19 anos (47,86%). Em termos de domínios, no período diurno o de menor escore foi o de vitalidade (60,00), seguido de saúde mental (69,20); enquanto no período noturno que apresentou melhores escores: limitações por aspecto emocional (66,83%) e aspectos sociais (72,91%) foram os mais prejudicados; os demais domínios nos dois períodos se</p>

		apresentaram acima de 70,00%. Tais dados devem servir de sensores no sentido de se atentar a questão da vitalidade, questões emocionais e sociais, na qualidade de vida e saúde, em especial a professora de educação fundamental, como em maior número na população pesquisada.
<p>Avaliação da adiposidade corporal e qualidade de vida de Trabalhadores rurais do gênero masculino de São Miguel do Oeste/ SC.</p> <p>FACHINETO et al., 2011.</p>	<p>Revista Cinergis</p>	<p>Objetivou-se avaliar medidas de adiposidade corporal e a qualidade de vida de 116 trabalhadores rurais do gênero masculino com idade superior a 18 anos residentes em São Miguel do Oeste/SC. Os indicadores de gordura corporal avaliados foram: índice de massa corporal (IMC), razão cintura-quadril (RCQ) e circunferência de cintura (CC). A qualidade de vida foi analisada através do questionário SF-36. Foi utilizada a estatística descritiva: média, desvio-padrão, frequências absolutas e relativas para apresentação dos dados. Para efeitos de análise os trabalhadores foram classificados em três faixas etárias: 18-39,9 anos; 40-59,9 anos e acima de 60 anos. Observou-se que os valores médios de IMC, RCQ e CC aumentaram com o avanço da idade. A prevalência de sobrepeso foi maior em trabalhadores rurais com idade superior a 40 anos. Com o aumento da idade os valores médios para quase todos os domínios da qualidade de vida diminuem. Conclui-se, que com o aumento da idade, ocorre um aumento da gordura corporal e uma diminuição na qualidade de vida.</p>

<p>Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de cortadores de cana-de-açúcar nos períodos de entressafra e safra.</p> <p>CARVALHO et al., 2012.</p>	<p>Revista Saúde Pública</p>	<p>OBJETIVO: Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de cortadores de cana-de-açúcar. MÉTODOS: Estudo longitudinal em uma usina sucroalcooleira no Oeste do estado de São Paulo de abril (final da entressafra) a outubro (final da safra) de 2010. Foram avaliados 44 cortadores de cana-de-açúcar tabagistas e não tabagistas em três períodos: ao final da entressafra, no fim do terceiro mês de safra e no final da safra. A qualidade de vida relacionada à saúde foi avaliada pelo questionário <i>Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey(SF-36)</i>. Foram realizadas análise de variância para medidas repetidas e teste de Friedman para comparar a qualidade de vida entre os períodos. Utilizou-se o teste de Goodman para identificar a frequência dos trabalhadores cujo escore aumentou nos períodos de safra em comparação com a entressafra (respondedores positivos), considerando-se as variáveis qualitativas dos domínios do SF-36. RESULTADOS: Ao final da entressafra, 23% dos trabalhadores desistiram do trabalho; 27% eram tabagistas. Houve decréscimo significativo no domínio vitalidade no final da safra em comparação com a entressafra. Os desistentes apresentaram maior escore no domínio aspecto social em relação ao grupo que permaneceu no trabalho. Não houve diferença na qualidade de vida relacionada à saúde entre tabagistas e não tabagistas. No entanto, observou-se maior percentual de respondedores positivos entre não tabagistas nos domínios aspecto físico, social e emocional nos três meses de safra e nos domínios estado geral de saúde e aspecto social nos seis meses de safra, quando comparados aos tabagistas. CONCLUSÕES: A qualidade de vida relacionada à saúde em cortadores de cana-de-açúcar mostrou-se diminuída após o período de safra no domínio vitalidade. Os trabalhadores que permaneceram na safra são os que apresentaram piores aspectos sociais, o que mostra a necessidade de promoção de políticas assistencialistas de saúde a essa população específica, principalmente durante a safra canavieira.</p>
--	------------------------------	---

Fonte: O autor, 2013.

Nesse estudo foi adotado o conceito de estado de saúde equivalente ao de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) preconizado por Fayers e Machin (2007). Para esse estudo, o instrumento SF-36 mostrou-se pertinente para responder as inquietações sobre os domínios do estado de saúde dos trabalhadores readequados/readaptados e também pelo instrumento avaliar aspectos negativos da saúde (doença) e aspectos positivos (bem estar) (WARE; SHEBOURNE, 1992). Tal instrumento será descrito detalhadamente no item 4.6 desse estudo.

2.4 STRESS

Uma doença que tem impacto na QVRS é o *stress*. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), o *stress*¹ afeta mais de 90% da população mundial e constitui-se em uma epidemia global, tendo a Organização das Nações Unidas reforçado esta ideia, classificando o *stress* como "a doença do século XXI" (UN, 1995).

O *stress* tem consequências para a saúde e deve ser reconhecido como um dos riscos ao bem-estar psicossocial do indivíduo relacionado, por vezes, a alterações no estado de saúde. E, ainda, pode colocar em risco a saúde dos membros da organização e ter consequências no desempenho do profissional, podendo provocar alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (LIMA; FARIAS, 2005; RODRIGUES; CHAVES, 2008).

Hans Selye, médico endocrinologista, foi o primeiro a estudar e a apresentar a *Síndrome do Stress* ou *Síndrome Geral de Adaptação* (SAG) para descrever as reações negativas do organismo a diversos estímulos. Conceituou tal síndrome como sendo um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para se adaptar. Descobriu, também, que o *stress* produz respostas bioquímicas ou neuroendócrinas, por isso caracterizou-o como resposta fisiológica não específica, ou seja, como uma síndrome que consiste em todas as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema biológico quando este é afetado por um estímulo, ou por uma carga excessiva ou nociva (SELYE, 1965).

¹ Empregou-se o termo **stress** em inglês por sua utilização de expressão na comunidade científica.

A expressão resposta não específica significa que o organismo responde de uma maneira estereotipada ou sempre do mesmo modo a uma grande variedade de estímulos ou agentes diferentes tais como intoxicações, tensão nervosa, calor, frio, fadiga muscular ou exposição a raios X. Esta resposta não específica seria comum a todos os estímulos e a todos os organismos biológicos (RIBEIRO; MARQUES, 2009).

Para ocorrer o *stress*, deve existir um estímulo estressor que pode desencadear diferentes respostas em diferentes organismos e, dependendo da forma com que o indivíduo responde a esse estímulo, pode se transformar num estresse positivo ou negativo (SELYE, 1965).

Nesse modelo, o indivíduo realiza a avaliação primária, oportunidade para ponderar se o evento é considerado como um estressor positivo (um desafio) ou negativo (uma ameaça) e desencadear a produção e liberação dos hormônios do *stress* (catecolaminas e corticosteróides) (BIANCHI, 2009; SERVILHA, 2012).

Portando, a intensidade do *stress* está relacionada à agressividade do estímulo estressor e aos recursos do sujeito, sendo eles: recursos físicos, psicológicos e sociais.

Para Bianchi (1999), *stress* é uma alteração no ambiente interno ou externo de tal magnitude, qualitativa ou quantitativa que requer do organismo uma maior adaptação, promovendo a reação de defesa para manter a vida em homeostase.

Estudo de Selye (1965) demonstrou que o *stress* é revelado pelo conjunto de modificações não específicas que ocorrem no corpo e que acontecem em três estágios ou fases denominadas: reação de alarme; fase de resistência e fase de exaustão.

- ✓ **Fase de alarme:** esta é a fase de alerta, resposta imediata ao estressor, ocorre no momento que o estressor é percebido pelo indivíduo, e o organismo se prepara para lutar ou fugir. É um período de atuação das catecolaminas e acetilcolinas. Se a resposta for eficaz, o organismo retorna à homeostase, caso contrário, inicia-se a segunda fase da SAG. Os sintomas da reação de alarme são: taquicardia; hiperventilação; aumento da pressão arterial; tensão muscular; aumento de sudorese; secura

na boca; dor no estômago; diarreia passageira; mãos e pés frios.

- ✓ **Fase da resistência:** ocorre quando a pessoa tenta se adaptar à situação, pelo uso das reservas de energia adaptativa. Quando a energia adaptativa está por terminar três sintomas em geral aparecem: falta de memória; sensação generalizada de mal estar; e dúvidas quanto a si próprio. Os sintomas da fase de resistência são: cansaço constante; dificuldades de concentração; falta de interesse por sexo; problemas estomacais; hipersensibilidade emotiva; tontura; apatia e desânimo. Se o *stress* for muito intenso e/ou prolongado e se o indivíduo não conseguir se adaptar, passa para a fase de exaustão.

- ✓ **Fase de exaustão:** com a permanência do estressor e de uma reação não adequada para eliminá-la, o organismo entra em colapso e ocasiona uma série de doenças. Os sintomas desta fase: úlceras; problemas digestivos e dermatológicos; uma completa falta de energia; impossibilidade de trabalhar; irritabilidade; ansiedade; medo e hipertensão arterial crônica.

Para Lipp (2001), uma pesquisadora sobre o tema no Brasil, o *stress* é uma reação do organismo que envolve fatores psicológicos, físicos, mentais e hormonais que acontecem diante da adaptação a um evento que pode ser negativo ou positivo. O seu aspecto negativo ocorre quando a pessoa esgota a sua capacidade de adaptação à mudança, causando adoecimento, afetando a vida social, afetiva, profissional, espiritual e a saúde.

O *stress* é considerado inerente ao cotidiano do ser humano. As relações com o ambiente, seja de maneira profissional, social ou pessoal e também nas relações interpessoais, como no âmbito tecnológico, são cercadas por agentes estressores (ANDOLHE; GUIDO; BIANCHI, 2009). Quando controlado o *stress*, pode ser benéfico o que colabora no enfrentamento de situações difíceis pessoais ou profissionais.

Há uma classificação para o *stress*, segundo o qual ele pode ser considerado eustress ou distress (KELLER, 2006).

Eustress: Caracteriza-se pela tensão com equilíbrio entre esforço, tempo, realização e resultados. É o tipo de *stress* essencial para o desenvolvimento do indivíduo em várias etapas da sua vida. Também conhecido como *stress* positivo, tem um significado bom, exercendo no organismo uma função protetora.

Distress: é nocivo, coloca em perigo o bem estar do individuo por exigir mais do que suas capacidades e está relacionado a psicopatologias, apresentando algumas consequências, as quais podem ocasionar:

- ✓ **Distresse cerebral:** fadiga, dores, choro convulsivo, depressão, ataques de angústia, ansiedade ou ataque do pânico e insônia;
- ✓ **Distresse gastrointestinal:** úlceras, cólicas, diarreia, colite e gastrite;
- ✓ **Distresse cardiovascular:** hipertensão, infarto, taquicardia e embolia;
- ✓ **Distresse dermatológico:** problemas cutâneos e eczemas;
- ✓ **Distresse no sistema imunológico:** fará a resistência orgânica diminuir com propensão a infecções generalizadas e câncer.

Segundo Minari e Souza (2011), a maioria das situações causadoras de *stress* é originária de:

- ✓ **Manifestações físicas** - aumento da sudorese, hiperacidez estomacal, tensão muscular, taquicardia, hipertensão arterial, bruxismo.
- ✓ **Manifestações emocionais** - ansiedade, angústia, dúvidas quanto a si próprio, dificuldade de concentração, preocupação excessiva e hipersensibilidade excessiva.

As duas situações geram no organismo uma reação fisiológica, incluindo atividades neurais e endócrinas que podem influenciar os processos corporais, como o aumento no sistema metabólico, cardiovascular e no sistema nervoso autônomo (VASCONCELOS, 2005).

De acordo com esse autor, o *stress* é um processo psicofisiológico desencadeado pelo organismo frente a um estressor. Os estímulos de resposta ao *stress* seguem três avaliações:

- ✓ **Primary appraisal** - desencadeada no sistema límbico, tálamo e hipotálamo, categorizando o estímulo como desafio, não causa nenhuma interferência no bem estar do indivíduo;
- ✓ **Secondary appraisal** - ocorre nos centros cognitivos de avaliação e preparo de reação, busca mecanismos de enfrentamento ao estressor (*copping*);
- ✓ **Reappraisal** - desencadeado após a ação do controle do estímulo, baseia-se no insucesso ou sucesso obtido reavaliando o mecanismo de enfrentamento;

A resposta do organismo frente ao *stress* é ativada para mobilizar recursos para que as pessoas possam enfrentar situações que são percebidas como difíceis e que exigem delas esforço. Essa resposta é de fundamental importância para os seres humanos, pois os ajuda a sobreviver e a desenvolver alternativas sobre como enfrentar as mudanças significativas em sua vida. Assim, eles passam diversas vezes pelas primeiras duas fases do *stress*, pois, do contrário, não poderiam se adaptar suficientemente para desenvolver todas as atividades e resistir aos infortúnios com que se deparam (MINARI; SOUZA, 2011).

No âmbito do trabalho, as consequências do *stress* podem incluir depressão, falta de ânimo, falta de envolvimento com o trabalho e a organização, faltas e atrasos frequentes, pressão no trabalho, problemas de comunicação, competição no ambiente de trabalho, excesso de visitas ao ambulatório médico e farmacodependência (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010; ZANELLI, 2010).

Recomenda-se que os gestores pesquisem sobre o *stress* ocupacional para direcionar as empresas a promover, por meio de metas realistas, melhorias no ambiente de trabalho e na comunicação, aumento do envolvimento dos funcionários nas decisões, implantação de programas de bem-estar, diminuição de ruídos no local de trabalho, reconhecimento e recompensa aos colaboradores, e redução de conflitos pessoais (CHIAVENATO, 2009).

Os prejuízos do *stress* para a sociedade são muito grandes, tanto em termos humanos como econômicos. Parte desse ônus pode ser medida e analisada estatisticamente; outra parte é de difícil mensuração e raramente aparece nas estatísticas. No primeiro grupo, destacam-se as doenças em geral, os acidentes, violência urbana, dependência química (somente para citar alguns exemplos), todos com elevados custos sociais. No segundo grupo, não menos oneroso socialmente, estão os erros de julgamento tanto na vida pessoal como profissional, diminuição da produtividade da motivação para o trabalho, redução da saúde e qualidade de vida, entre outros. Considerando os contextos de trabalho, provavelmente um número expressivo de acidentes e das patologias ocupacionais atuais têm relação direta ou indireta com o *stress* (GOULART; LIPP, 2011).

Diante da proporção do impacto que o *stress* provoca na vida do ser humano, vários são os métodos de pesquisa sobre o tema, podendo-se utilizar a abordagem qualitativa, que é fundamentada na apreensão da linguagem ou do comportamento e fundamentada na psicologia e na filosofia. Também são recomendados os estudos de abordagem quantitativa, que se constituem nas medidas de parâmetros bioquímicos, clínicos e psicométricas.

Quanto à abordagem quantitativa para a avaliação do *stress*, algumas escalas foram traduzidas e validadas para a língua portuguesa, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 – Escalas de *stress* traduzidas e validadas para a língua portuguesa.

Escala	Autor / Ano	Características da Escala
Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> Infantil (ISSI)	LUCARELLI; LIPP, 1999.	A escala avalia o <i>stress</i> infantil e os tipos de reações mais frequentes, ou seja, físicas e psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas. Trata-se de uma escala validada, que contém 35 itens em uma escala do tipo <i>Likert</i> .
Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para adultos de Lipp (ISSL).	LIPP, 2000.	É composto por três quadrantes: o primeiro referente aos sintomas experimentados pelo indivíduo nas últimas 24 horas, o segundo à lista dos sintomas da última semana e o terceiro aos sintomas do último mês.
Escala de Estresse no Trabalho (EET)	PASCHOAL; TAMAYO, 2004.	Consiste numa medida geral de estresse, cujos itens abordam estressores variados e reações emocionais constantemente associadas aos mesmos. Os itens deveriam ser avaliados de acordo com uma escala de concordância de cinco pontos, é composta por 23 itens.
Escala de Percepção de Stresse (EPS – 13)	RIBEIRO; MARQUES, 2009.	Uma medida global de stresse que se propõe avaliar o grau em que um indivíduo aprecia as suas situações de vida como estressantes. A escala possui 13 itens que constituem uma escala unidimensional, cuja nota global resulta da soma dos valores atribuídos a cada item. As respostas são dadas numa escala ordinal.
Escala Bianchi de <i>Stress</i> (EBS)	BIANCHI, 2009.	Construída e validada para avaliar o nível de <i>stress</i> do enfermeiro hospitalar no desempenho básico de suas atividades. É autoaplicável, composta por 51 itens, divididos em seis domínios, que recebem uma pontuação com variação de 1 a 7. Os domínios são compostos por atividades envolvendo a assistência e o gerenciamento do cuidado.
Escala de Estresse Percebido (EPS-10)	REIS; HINO; ANEZ, 2010.	Uma medida global de <i>stress</i> , com questões que investigam os sentimentos e pensamentos do indivíduo durante os últimos 30 dias. Os resultados podem variar de 0-40, sendo que uma pontuação maior indica maior percepção do estresse.

Fonte: O autor, 2013.

Nesse estudo optou-se em utilizar a escala EPS-10, traduzida para a língua portuguesa e validada por REIS; HINO e ANEZ (2010) em estudo realizado com 793 professores universitários brasileiros. Tal estudo apresentou o valor de *alfa de Cronbach* 0,83, o qual evidencia sua validação e confiabilidade aceitável. Por ser uma escala geral, pode ser utilizada em diversos grupos etários, por não conter questões específicas de contexto (REIS; HINO; ANEZ, 2010). A descrição dessa escala será apresentada detalhadamente no item 4.6 desse estudo.

3 Objetivos



3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- ✓ Avaliar o estado de saúde e o nível de *stress* de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

3.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar o perfil sócio-demográfico e ocupacional dos trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.
- ✓ Identificar o nível de *stress* de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.
- ✓ Identificar o estado de saúde de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.
- ✓ Correlacionar o estado de saúde e o nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

4 Procedimentos Metodológicos



4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Estudo transversal, descritivo-exploratório de abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma Universidade Estadual Pública que possui 5.047 alunos matriculados em 189 cursos de pós-graduação, 15.757 estudantes matriculados nos 64 cursos de graduação, de acordo com as áreas de concentração (PORTAL WEBUEL, 2013).

Atualmente o quadro de recursos humanos é composto de 1.703 docentes das diversas áreas e 3.608 agentes universitários distribuídos no *campus* da universidade e demais órgãos suplementares, totalizando 5.311 servidores (PORTAL WEBUEL, 2013).

A Universidade onde o estudo foi realizado possui o SESMT que é uma Divisão pertencente ao Serviço de Bem Estar à Comunidade (SEBEC), a qual está subordinada administrativamente ao gabinete da Vice-Reitora. O objetivo do SESMT é promover a saúde e proteger a integridade do servidor, coordenar, orientar, controlar e supervisionar suas atividades laborais, observando a segurança e saúde ocupacional, sendo composto pela Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional, sendo composto por técnicos administrativos, enfermeiros, médicos, engenheiro do trabalho, técnicos em segurança do trabalho, assistente social, nutricionista e auxiliares operacionais (PORTAL WEBUEL, 2013).

Nessa universidade o processo de readequação e readaptação funcional ocorre em caráter temporário ou definitivo, sendo Considerado temporário quando a diminuição da capacidade funcional for passageira e definitiva quando a limitação for irreversível. Essa condição é identificada após laudo do médico do trabalho do SESMT.

Existem, todavia, servidores que se encontram readequados e readaptados extra oficialmente, ou seja, por acordo informal entre o trabalhador e sua chefia imediata, que não apresentarem sua situação regularizada por processo

administrativo. Essa situação dificulta os gestores de identificarem quem são esses trabalhadores para o devido acompanhamento da sua saúde, bem como a implantar programas que subsidiem servidores nessa condição.

Esse estudo foi realizado com servidores que sofreram processo de readequação e readaptação funcional seguindo a Resolução nº 71/2000, em que a perícia desses trabalhadores era realizada pelo médico do trabalho da própria instituição. A partir do Decreto nº 6.805 publicado em 19 de Dezembro de 2012, os procedimentos referente à readaptação passaram ser de responsabilidade do Estado.

Sendo assim os servidores que tem processo de readaptação temporária e os novos processos serão encaminhados para o serviço de Perícia Médica Oficial do Estado do Paraná.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por trabalhadores que estavam em processo administrativo de readaptação ou readequação funcional. Segundo dados do SESMT da instituição em estudo, até setembro de 2012, 119 trabalhadores estavam readaptados/readequados oficialmente pelo serviço de Medicina do Trabalho, em um contingente de 5.311 servidores; porém, existem também profissionais que se encontravam nesta situação extraoficialmente, ou seja, por acordo informal entre chefia e trabalhador, que foram excluídos da pesquisa por não apresentarem sua situação regularizada por processo administrativo.

A identificação dos servidores foi realizada em um banco de dados que o SESMT disponibilizou. Essa planilha encontrava-se com dados desatualizados, como por exemplo, alguns trabalhadores que possuíam dados nessa lista já haviam se aposentado ou falecido. Outra dificuldade verificada para o levantamento desses trabalhadores foi que a readequação e a readaptação podem ser temporárias ou definitivas, e o serviço não possuía os dados dos que apresentavam essas situações de modo definitivo, pois iniciou o cadastro desses trabalhadores a partir de 2010.

Os servidores que foram readequados e readaptados definitivamente têm seus processos anexados à ficha funcional de cada trabalhador e são arquivados na Pró-Reitoria de Recursos Humanos da instituição em estudo,

em local sigiloso, não sendo possível seu acesso nem a identificação desses servidores.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério de inclusão do trabalhador no estudo foi estar formalmente em processo administrativo de readequação ou readaptação funcional temporária ou definitiva e ainda aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos do estudo trabalhadores em atestado médico por mais de 60 dias e licença especial.

No período da coleta dos dados identificou-se que dos 119 trabalhadores em processo de readequação e readaptação, 11 já estavam aposentados, seis encontravam-se em licença médica, um foi a óbito e cinco, mesmo relacionados na lista fornecida pelo SESMT, não possuíam processo de readequação ou readaptação funcional. Portanto, 96 trabalhadores foram convidados para participarem da pesquisa, porém quatro se recusaram, constituindo a população desse estudo em 92 pessoas.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de novembro de 2012 a maio de 2013. Não foi realizado teste piloto porque o instrumento de coleta já havia sido testado pela pesquisadora em estudo anterior (CACCIARI et al., 2013).

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e uma aluna de iniciação científica que foi esclarecida dos objetivos da pesquisa e capacitada para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

A identificação dos participantes e seus respectivos locais de trabalhos foram verificados em uma planilha do SESMT. Porém, os locais de trabalho não se encontravam atualizados, sendo necessário fazer uma busca ativa em alguns departamentos da instituição para identificar os setores de trabalho desses servidores. Esse processo dificultou a coleta de dados porque, por ser uma população pequena, seria importante evitar perdas, ocasião em que buscou-se o

trabalhador até conseguir identificar sua unidade de lotação, estendendo o tempo previsto para a coleta das informações.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos.

- ✓ **1° instrumento:** caracterização dos trabalhadores, contendo dados sóciodemográficos (idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, entre outros) e ocupacionais (categoria profissional, carga horária de trabalho semanal, motivo e ano da readaptação/readequação, tempo de trabalho antes da readaptação/readequação, função que exercia e função que exerce, entre outros) (Apêndice 1);
- ✓ **2° instrumento:** *Medical Outcomes Studies 36 - item Short Form (MOS SF-36)* a fim de avaliar o estado de saúde dos trabalhadores (Anexo 1);
- ✓ **3° instrumento:** escala de Estresse Percebido (EPS-10) para identificar o *stress* dos servidores (Anexo 3).

O *MOS SF-36* é um instrumento genérico de avaliação de estado de saúde física e mental, de fácil administração e compreensão composto por 36 itens, distribuídos em oito domínios, conforme apresentado no Quadro 3:

Quadro 3 – Distribuição dos itens das oito dimensões do *MOS-SF36*.

Domínios	Nº de itens
1) Função Física – FF	10
2) Desempenho Físico – DF	04
3) Dor Corporal – DC	02
4) Saúde Geral – SG	05
5) Vitalidade – VT	04
6) Função Social – FS	02
7) Desempenho Emocional – DE	03
8) Saúde Mental – SM	05

Fonte: O autor, 2013.

Cada domínio do *MOS-SF 36* foi construído para representar o conceito mais importante de saúde. Para o cálculo das pontuações, cada domínio deve ser analisado em separado e, ao final, ter-se-á um escore de zero a 100 pontos, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde (CICONELLI, 1999).

O Quadro 4 apresenta os extremos das pontuações altas ou baixas, desses conceitos, indicando a percepção do estado de saúde do indivíduo.

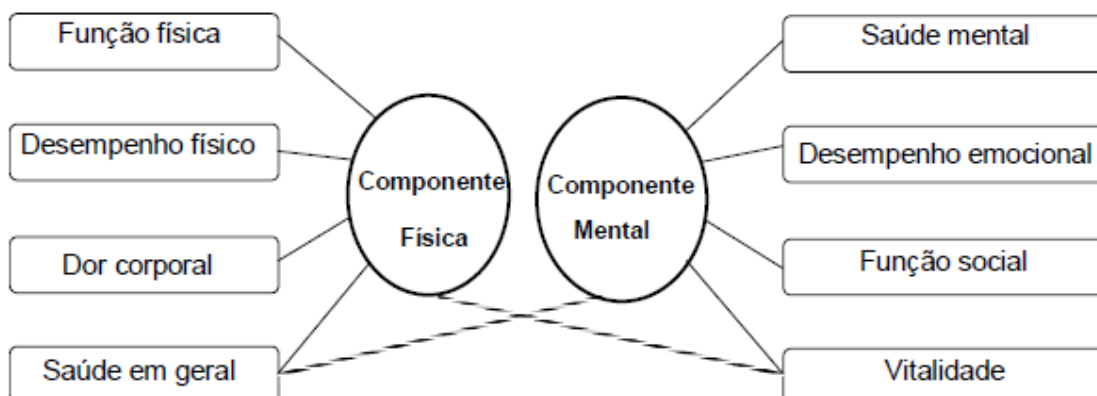
Quadro 4 – Significado das pontuações dos domínios que compõe o *MOS SF-36*.

Domínio	Pontuação baixa	Pontuação máxima
Capacidade funcional	Limitações na realização de atividades diárias, como tomar banho e vestir-se.	Capacidade de realização de todos os tipos de atividades, até as mais vigorosas, sem presença de limitações.
Aspectos físicos	Problemas no trabalho ou outras atividades de rotina como resultado da saúde física do indivíduo.	Ausência de problemas no trabalho ou em atividades de rotina como resultado da saúde física nas últimas 4 semanas.
Dor	Dor severa e extremamente limitante.	Ausência de dor ou limitações impostas pela dor, nas últimas 4 semanas.
Aspectos sociais	Interferência de problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do indivíduo.	Ausência de problemas físicos e emocionais no desempenho das atividades sociais nas últimas 4 semanas.
Saúde mental	Sentimentos de nervosismos e depressão todo o tempo.	Sentimentos de felicidade, paz e tranquilidade todo o tempo, durante as últimas 4 semanas.
Aspectos emocionais	Problemas no trabalho ou atividades de rotina como resultado de problemas emocionais.	Ausência de problemas no trabalho ou atividades de rotina como resultado de problemas emocionais, nas últimas 4 semanas.
Vitalidade	Sentimentos de cansaço e fadiga o tempo todo.	Sentimentos de muita energia nas últimas 4 semanas.
Estado geral de saúde	Sentimento de pobre saúde pessoal, com tendência a piorar.	O indivíduo acredita que sua saúde é excelente.

Fonte: BRAGANHOLO, 2007

Os oito domínios devem ser agrupados em dois componentes: o físico (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspecto geral de saúde) e o componente mental (aspectos sociais, saúde mental, aspectos emocionais, vitalidade), conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Divisão do MOS-SF 36 no componente físico e mental.



Fonte: FERREIRA, 2000

A Escala de Estresse Percebido (EPS-10), apresentada numa escala *Likert*: nunca (0), quase nunca (1), às vezes (2), pouco frequente (3) e muito frequente (4), na qual o escore é obtido a partir da soma dos pontos de cada questão. As questões, nesta escala, perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os últimos 30 dias. Os resultados podem variar de 0-40, sendo que uma pontuação maior indica maior percepção do estresse (REIS; HINO; AÑEZ, 2010).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel* 2010. O cálculo dos escores do SF-36 seguiu as seguintes etapas: (Anexo 4).

1. Cálculo de cada um dos domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) e soma dos pontos obtidos em cada item relativo ao domínio correspondente, para cada trabalhador.
2. Uso dos valores mínimos e máximos possíveis em cada item para calcular o valor transformado, com o emprego da fórmula:

3. Aplicação da escala transformadora:
$$\left(\frac{\text{SOMA} - \text{MIN}}{\text{MAX} - \text{MIN}} \right) \times 100$$

Para o cálculo da Escala de Estresse Percebido (EPS-10) os itens 4, 5, 7 e 8 são positivos e por esta razão tiveram a pontuação revertida Ex: 0 = 4; 1 = 3; 2 = 2; 3 = 1; e 4 = 0. Após a reversão todos os itens foram somados. O escore, obtido com a soma de todos os itens, foi utilizado como medida de estresse percebido (REIS; HINO; AÑEZ, 2010) (Anexo 5).

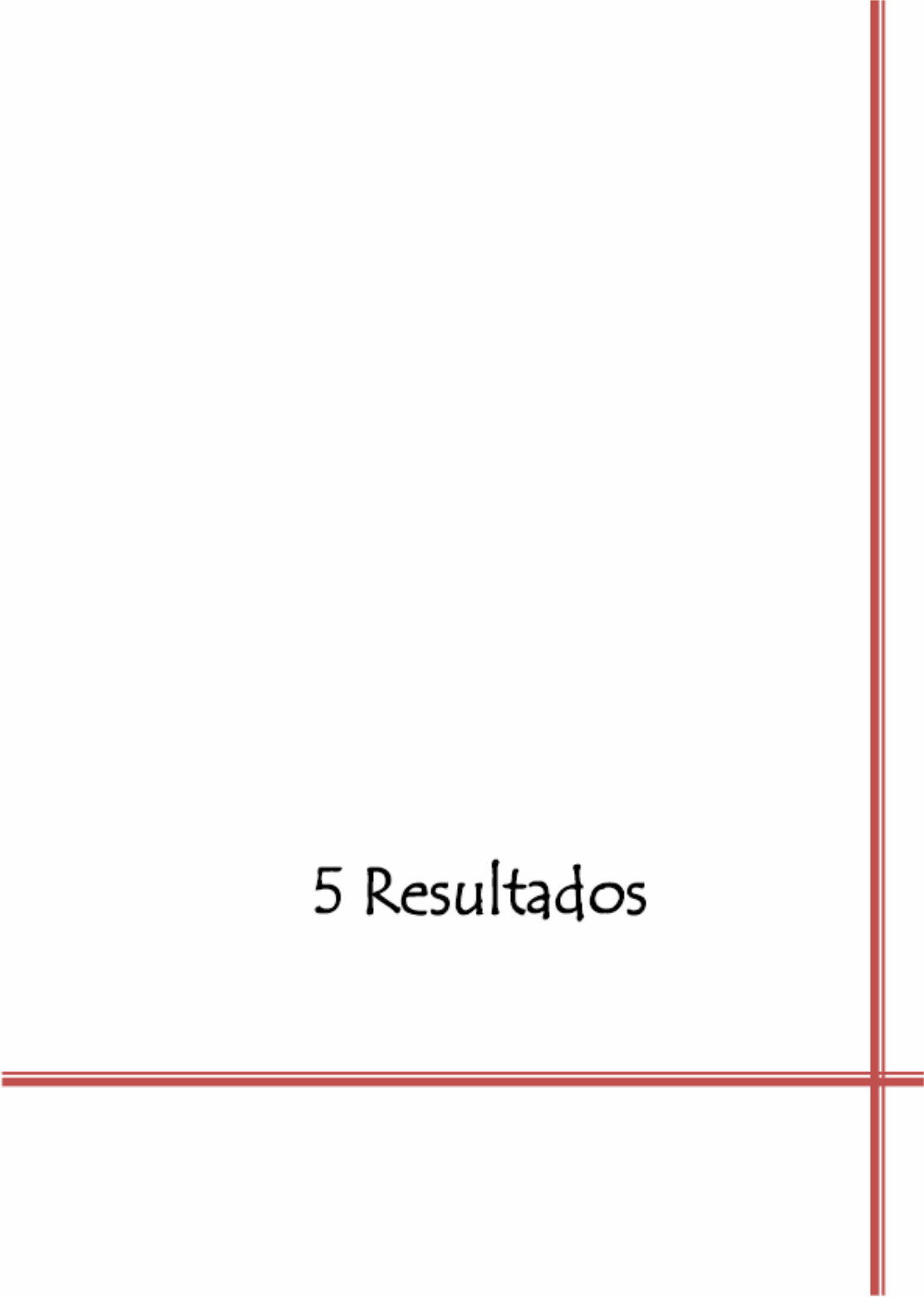
Após essas transformações, as informações foram digitadas e armazenadas em banco de dados no formato *Statistical Package of Social Science* (SPSS) versão 20.0 e posteriormente analisados com a técnica descritiva univariada e bivariada, com aplicação de teste *mann-whitney*.

4.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo foram atendidos os pressupostos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta as normas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob CAAE 0160.0.268.268.10 (Anexo 6).

5 Resultados



5.1 ARTIGO 1:

NÍVEL DE *STRESS* EM TRABALHADORES READEQUADOS E READAPTADOS DE UMA
UNIVERSIDADE ESTADUAL PÚBLICA

Este artigo responde aos seguintes objetivos desta pesquisa:

- ✓ Caracterizar os trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.
- ✓ Identificar o nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública

Nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados em universidade estadual pública¹

Stress Level in reassigned and readapted workers in a state university

Nivel de Estrés en trabajadores readecuados y readaptados en universidad provincial

Resumo

Objetivo: Identificar o nível de *stress* de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

Métodos: Estudo transversal, realizado com 92 servidores. Os dados foram coletados por meio de questionário de caracterização da população e Escala de Estresse Percebido. **Resultados:** Dentre os trabalhadores, 73,9% eram do sexo feminino, 57,6% possuíam ensino médio, 71,7% eram casados, 59,8% apresentavam lesões por esforços repetitivos/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho. A média geral do nível de *stress* foi de 22,6 pontos, trabalhadores na função laborativa de técnico apresentaram maior *stress*, as mulheres apresentaram maior nível de *stress* que os homens e os trabalhadores que sofreram quedas tiveram maior nível de *stress*.

Conclusão: Identificou-se maior nível de *stress* entre os trabalhadores do sexo feminino e que sofreram quedas. Diante disso ressalta-se a importância da criação de programas com ações preventivas que possibilitem aos trabalhadores recursos de enfrentamento para minimizar a agressividade dos fatores estressores do sujeito.

Descritores: *Stress*. Saúde do trabalhador. Readaptação ao emprego. Trabalhadores. Enfermagem

Abstract:

Objective: Identify the stress level in reassigned and readapted workers from a state university.

Methods: Cross-sectional study performed with 92 public employees. Data were collected through a population characterization questionnaire and the Perceived Stress Scale. **Results:** Among the workers, 73.9% were female, 57.6% completed high school, 71.7% were married, and 59.8% had repetitive strain injuries / work-related musculoskeletal disorder. The overall average of stress level was 22.6 points, workers on technician functions showed higher stress, women showed higher levels of stress than men and workers who experienced falls had a higher level of stress.

Conclusion: It was identified a higher level of stress among female sex workers and who suffered falls. Therefore we highlight the importance of creating programs with preventive actions that enable workers coping resources to minimize the aggressiveness of the individual stressors.

Keywords: Stress. Worker health. Readaptation to employment. Workers. Nursing

¹ Artigo extraído de Dissertação de Mestrado "Estado de saúde e nível de *Stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública", apresentado ao programa de mestrado da Universidade Estadual de Londrina - PR.

Resumen:

Objetivo: Identificar el nivel de estrés de trabajadores readecuados y readaptados de una universidad provincial.

Métodos: Estudio transversal, realizado con 92 servidores. Los datos fueron colectados por medio de cuestionario de caracterización de la población y Escala de Estrés Percibido. **Resultados:** Entre los trabajadores, el 73,9% eran de sexo femenino, 57,6% poseían enseñanza media, 71,7% eran casados, 59,8% presentaban lesiones por esfuerzos repetitivos/disturbio osteomuscular relacionado al trabajo. La media general del nivel de estrés fue de 22,6 puntos, trabajadores en la función laboral de técnico presentaron mayor estrés, las mujeres presentaron mayor nivel de estrés que los hombres y los trabajadores que sufrieron caídas tuvieron mayor nivel de estrés.

Conclusión: Se identificó mayor nivel de estrés entre los trabajadores del sexo femenino y que sufrieron Caídas. Delante de eso se resalta la importancia de la creación de programas con acciones preventivas que posibiliten a los trabajadores recursos de enfrentamiento para minimizar la agresividad de los factores estresores del individuo.

Descriptor: Estrés. Salud del trabajador. Readaptación al empleo. Trabajadores. Enfermería

Introdução

As mudanças ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido intensamente na saúde dos indivíduos e no coletivo de trabalhadores. A incorporação crescente da microeletrônica, da informática, da telemática e da robótica somada a um novo e complexo conjunto de inovações organizacionais, modificou profundamente a estrutura produtiva dos países capitalistas, como é o caso do Brasil, provocando transformações na organização, nas condições e nas relações de trabalho. Observa-se, assim, que a intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo e tem levado ao consumo desmedido das energias físicas e mentais dos trabalhadores (ALDENIS et al., 2012; ELIAS; NAVARRO, 2006).

Esse cenário produz consequências contraditórias, pois pode ocasionar a (re) valorização do trabalho e investimento na formação e qualidade de vida dos trabalhadores. Em contrapartida, são vivenciados aspectos negativos como o ritmo intenso de trabalho, a degradação das condições de trabalho, desqualificação dos trabalhadores com menores competências, interferência na qualidade de vida do trabalhador, crescentes incertezas, sentimentos de tédio, angústia e sofrimento. (MARQUES, 2013; MARTINS; ROBAZZI; GARANHANI, 2009).

Devido a esse contexto, o *stress* relacionado ao ambiente de trabalho tem sido um tema muito abordado nos estudos das últimas décadas, no sentido de identificar a sua participação na etiologia de alterações da saúde dos trabalhadores (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011).

O termo *stress* foi usado primeiramente pelo endocrinologista Hans Selye, que o conceituou como sendo um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para se adaptar. Também descobriu, o autor, que o *stress* produz respostas bioquímicas ou neuroendócrinas, por isso o caracterizando como resposta fisiológica não específica, ou seja, como uma síndrome que consiste em todas as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema biológico quando este é afetado por um estímulo, ou por uma carga excessiva ou nociva (SELYE, 1965).

O *stress* é uma reação do organismo que envolve fatores psicológicos, físicos, mentais e hormonais, que acontece diante da adaptação a um evento que pode ser negativo ou positivo. O seu aspecto negativo ocorre quando a pessoa esgota a sua capacidade de adaptação à mudança, causando adoecimento, afetando a vida social, afetiva, profissional, espiritual e a saúde dos indivíduos (LIPP, 2001).

A intensidade do *stress* está relacionada à agressividade do estressor e aos recursos de enfrentamento do sujeito. Quando esses fatores se desequilibram ocorre uma resposta de adaptação do organismo. Nesse sentido, o *stress* provoca o aparecimento de doenças que determinam o absenteísmo, as licenças médicas, diminuição de produtividade, desmotivação, irritação, impaciência, dificuldades interpessoais, relações afetivas conturbadas, divórcios, doenças físicas variadas, depressão, ansiedade e infelicidade na esfera pessoal (LIPP, 2005).

O adoecimento do trabalhador pode causar limitações no seu labor que o levam a licenças médicas temporárias ou permanentes, as quais têm o objetivo de preservar o trabalhador de riscos ocupacionais ou ocorrem devido à impossibilidade de exercer as atividades para o qual foi nomeado.

Considerando os aspectos acima mencionados, a instituição onde se realizou o estudo implantou a readequação e a readaptação funcionais que foram normatizadas pela resolução do Conselho de Administração, no ano de 2000. Na readaptação funcional ocorre a mudança de cargo decorrente da inaptidão definitiva do servidor para o cargo originário, e a readequação funcional é um procedimento

que autoriza a redução do rol permanente de atividades inerentes ao cargo ocupado, em decorrência de restrições definitivas de saúde apresentadas pelo servidor, desde que mantido o núcleo básico do cargo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2000).

Estudo realizado em 2012 com trabalhadores de enfermagem na instituição acima mencionada demonstrou que 6% dos funcionários da Diretoria de Enfermagem encontravam-se na situação de readequação e readaptação, causando impacto no gerenciamento da equipe de enfermagem (CACCIARI et al., 2013).

Diante disso, observou-se a importância de se realizar um estudo que investigasse o nível de *stress* nesses trabalhadores por este ocasionar o aparecimento de doenças e conseqüentemente implicações gerenciais pelas restrições laborais, bem como por provocar o adoecimento do trabalhador e alta taxa de absenteísmo. Portanto tem-se por objetivo identificar o nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

Método

Estudo quantitativo do tipo corte transversal, realizado em uma Universidade Estadual Pública localizada na região norte do estado do Paraná.

A população do estudo foi constituída por todos os servidores com processo de readaptação e readequação que de acordo com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da instituição eram 199 trabalhadores, em um contingente de 5.717 servidores.

O critério de inclusão foi estar legalmente em processo de readequação ou readaptação funcional. Foi convidada a totalidade dos servidores nessa condição, sendo considerados apenas os trabalhadores que estavam no exercício ativo de suas funções durante o período da coleta de dados, sendo excluídos funcionários que se encontravam em atestado médico por mais de 90 dias e em licença especial.

A identificação dos participantes e seus respectivos locais de trabalhos foram verificados em uma planilha do SESMT. Porém os locais de trabalho não se encontravam atualizados, sendo necessário fazer uma busca ativa em alguns departamentos da instituição para identificar os setores de trabalho desses servidores. Esse processo, contudo, dificultou a coleta de dados já que era uma

população pequena seria importante evitar perdas, ocasião em que buscou-se o trabalhador até conseguir identificar sua unidade de lotação, estendendo o tempo previsto para a coleta das informações que ocorreu no período de novembro de 2012 a maio de 2013.

No período da coleta dos dados identificou-se que dos 119 trabalhadores em processo de readequação e readaptação, 11 já estavam aposentados, seis encontravam-se em licença médica, um foi a óbito e cinco, mesmo relacionados na lista fornecida pelo SESMT, não possuíam processo de readequação ou readaptação funcional. Portanto, 96 trabalhadores foram convidados para participarem da pesquisa, porém quatro se recusaram, constituindo a população desse estudo em 92 pessoas.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: o primeiro relacionado a caracterização dos trabalhadores, contendo dados sóciodemográficos (idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, entre outros), ocupacionais (categoria profissional, carga horária de trabalho semanal, motivo e ano da readaptação/readequação, tempo de trabalho antes da readaptação/readequação, função que exercia e função que exerce atualmente).

O segundo instrumento utilizado foi a Escala de Estresse Percebido (EPS-10) para identificar o *stress* dos servidores. A EPS é composta por 10 itens que relacionam acontecimentos e situações ocorridas nos últimos 30 dias. Cada item é avaliado por uma escala *Likert*. Os resultados podem variar de 0-40 pontos, uma pontuação maior indica maior percepção do estresse (REIS; HINO; ANEZ, 2010).

Neste estudo, optou-se em utilizar a escala EPS-10, traduzida para a língua portuguesa e validada por Reis, em estudo realizado com 793 professores universitários brasileiros, onde apresentou o valor de *alfa de Cronbach* 0,83, mostrando-se sua validação e confiabilidade aceitável. Por ser uma escala geral, pode ser utilizada em diversos grupos etários, por não conter questões específicas de contexto (REIS; HINO; ANEZ, 2010).

Os dados foram digitados duplamente no *Microsoft Excel* e analisados no programa SPSS 20.0, realizados testes não paramétricos de *man Whitney* e utilizado nível de significância de 5%.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A faixa etária dos trabalhadores em processo de readequação e readaptação apresentou extremos de 28 a 67 anos, com média de 49 anos e mediana 50. Em relação ao sexo 73,9% eram do sexo feminino, 57,6% possuíam o ensino médio, 71,7% eram casados e 50% recebiam até três salários mínimos (Tabela1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 2013.

Variáveis	N=92	%
Sexo		
Feminino	68	73,9
Masculino	23	25,0
Não Respondeu	01	1,1
Escolaridade		
Fundamental	12	13,0
Médio	53	57,6
Educação de jovens e adultos	07	7,6
Superior	10	10,9
Especialização	05	5,4
Mestrado	01	1,1
Doutorado	01	1,1
Não Respondeu	03	3,3
Estado Civil		
Solteiro	07	7,6
Casado	66	71,7
Divorciado	08	8,7
Separado	03	3,3
Viúvo	06	6,5
Não Respondeu	02	2,2
Renda Familiar		
3 salários mínimos	46	50,0
4 salários mínimos	22	23,9
5 salários mínimos	10	10,9
Mais de 5 salários mínimos	08	8,7
Não Respondeu	06	6,5

Fonte: O autor, 2013.

Devido à diversidade de cargo/ocupação observada na identificação dos trabalhadores, as mesmas foram agrupadas de acordo com sua função laborativa, independente do cargo, ocupação e lotação, conforme realizado no estudo de Karino (2004) realizado na mesma instituição com trabalhadores de diferentes cargos e ocupações. Sendo classificadas em: **função administrativa** (digitador, atendimento em balcão, secretaria e organização de laudos), **função de professor** (docente, pedagoga, orientador educacional), **função de serviços gerais** (limpeza, vigia, costureira, pedreiro, auxiliar de cozinha, zelador, auxiliar de manutenção, almoxarifado, distribuição de materiais hospitalares e pintor) e **função de técnico** (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico de laboratório e técnico de raio X) (KARINO, 2004).

A média geral da EPS foi de 22,6 pontos (DP=5,8), variando de 0 a 28 pontos. Verificou-se que os trabalhadores que enquadraram na função laborativa **técnico** apresentaram maior nível de *stress* (24,6 pontos); seguido da função **administrativa** (24,1 pontos). Em relação ao sexo, percebeu-se que as mulheres apresentaram maior nível de *stress* que os homens, com significância estatística ($p=0,024$).

Tabela 2 – Relação entre variáveis do estudo e a Escala de Percepção de Estresse dos trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 2013.

Variáveis	N=92	%	EPS (média)	Desvio padrão
Função Laborativa				
Administrativo	20	21,7	24,1	4,4
Professor	06	6,6	21,3	2,8
Serviços Gerais	45	48,9	21,2	6,4
Técnico	20	21,7	24,6	4,9
Não respondeu	01	1,1	-	-
Sexo				
Feminino	68	73,9	23,2	5,3
Masculino	23	25,0	20,7	6,4
Não respondeu	01	1,1	-	-

Fonte: O autor, 2013.

Devido à heterogeneidade das doenças referidas pelos trabalhadores, essas foram agrupadas em: sequelas de acidente de trabalho e de acidente automobilístico; transtornos mentais; problemas circulatórios; sequelas de queda; Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho - LER/DORT (bursite, discopatia degenerativa por movimentos repetitivos, tendossinovite, túnel do carpo e tendinite), e outros, que foram agrupadas as doenças que não se enquadravam nos grupos anteriores (síndrome de Still, alergias e sequelas do câncer de mama). Em relação aos problemas de saúde autorreferida 59,8% relataram LER/DORT. Também se verificou que os trabalhadores que sofreram quedas tiveram maior nível de *stress* (28,2 pontos).

Tabela 3 – Relação entre problemas de saúde referidos e a Escala de Percepção de *stress* dos trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 2013.

Variáveis	N=92	%	EPS (média)	Desvio Padrão
Problemas de saúde				
Sequelas de Acidente de trabalho	5,0	5,4	25,2	1,4
Sequelas de Acidente automobilístico	5,0	5,4	21,4	4,0
Transtornos mentais	2,0	2,2	25,0	8,4
Problemas circulatórios	2,0	2,2	28,0	2,8
Sequelas de Queda	4,0	4,3	28,2	5,3
LER/DORT	55,0	59,8	22,6	6,1
Outros	14,0	15,3	21,5	1,4
Não respondeu	5,0	5,4	-	-

Fonte: O autor, 2013.

Dentre os participantes, 58,7% deles eram readaptados, 35,9% readequados e 5,4% não sabiam definir. O motivo da readequação/readaptação em 98,9% deles foi por questões de saúde física.

Discussão

Analisando os resultados, tem-se uma média de idade de 49 anos e mediana de 50 anos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a partir dos 45 anos de idade, o trabalhador apresenta declínio em sua capacidade funcional em razão da diminuição da massa muscular e da força de resistência, assim como aumento do tecido adiposo, caracterizando o envelhecimento do trabalhador (OMS, 1993).

A prevalência dos participantes desse estudo foi do sexo feminino. O adoecimento neste grupo pode ser agravado pela discriminação nas relações de trabalho, na sobrecarga delegada às mulheres, pois a elas são atribuídas várias jornadas de trabalho a citar: o trabalho doméstico, trabalho remunerado, o cuidado com os filhos, o papel de esposa, entre outros, produzindo assim, um processo saúde-doença diferenciado (CORTES et al., 2012). Quanto ao estado civil, à maioria dos trabalhadores era casada, fato também encontrado em outros estudos, devido a várias responsabilidades de cuidado com a casa e com os filhos, o sustento da família (CACCIARI et al., 2013; CONCEIÇÃO et al., 2013; SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010; LIPP et al., 2012).

A função laborativa técnica apresentou maior nível de *stress* por ser composta de profissionais que desenvolvem suas atividades em um hospital. Isto pode ser explicado devido às organizações hospitalares constituírem-se em sistemas complexos compostos por diversos departamentos e profissões, em que trabalham pessoas expostas a situações emocionalmente intensas, tais como vida, doença e morte, as quais causam ansiedade e tensão física e mental. Assim sendo, o trabalho em ambiente hospitalar contribui não só para a ocorrência de acidentes de trabalho, como também para desencadear frequentes situações de *stress* e de fadiga física e mental (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Houve diferença no nível de *stress* em relação ao sexo demonstrando que as mulheres apresentaram maior *stress* que os homens, fato também identificado em outro estudo realizado com 400 trabalhadores, sendo 253 do sexo feminino e 147 do masculino, evidenciando que os participantes do gênero feminino apresentaram mais fatores psicossociais de risco, estresse no trabalho, estresse social e pior saúde mental do que os do gênero masculino com maior risco de adoecimento físico e/ou mental (AREIAS; GUIMARÃES, 2004).

Alguns autores, que discutem *stress* e gênero, confirmam que a mulheres apresentam maior nível de *stress* se comparados aos homens em razão de estarem culturalmente estereotipadas como pessoas emocionais, solidárias e dependentes. Outro aspecto que interfere em maior *stress* é que as mulheres desempenham uma multiplicidade de papéis: esposa, mãe, dona de casa, profissional causando redução do convívio familiar e da prática de bons hábitos de saúde (AREIAS; GUIMARES, 2004; SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010; STEFANO; BONANATO; RAIFUR, 2013).

Nesse estudo, as doenças por LER/DORT foram as mais referidas pelos trabalhadores. No Brasil, as estatísticas do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) em 1998 revelam que as LER/DORT responderam por mais de 80% de concessão de benefícios por doenças profissionais, auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011).

A cada 100 trabalhadores na região sudeste, um é portador de DORT, segundo a Organização Mundial de Saúde (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011).

As LER/DORT configuram-se em um grande problema econômico e de saúde pública no Brasil devido a grande prevalência de indivíduos acometidos, ampla abrangência de setores da economia afetados, complexidade clínica que resulta no alto custo do tratamento, e afastamentos do trabalho, podendo ser temporários ou definitivos (NEVES; NUNES, 2009).

Quanto aos problemas de saúde referidos pelos trabalhadores, os que apresentavam sequelas de quedas apresentaram maior *stress*. Vários fatores estressantes intrínsecos e extrínsecos podem levar á esse evento como a sobrecarga de trabalho, infraestrutura e iluminação inadequada. O *stress*, desse modo, pode levar também á sintomas de depressão e ansiedade, distúrbios de sono, dificuldade de manter atenção. Estudo realizado com 242 servidores públicos federal identificou que a falta de atenção como o segundo sintoma de maior impacto sobre o *stress*. Autores afirmam que essa falta de atenção predispõe os trabalhadores á maiores riscos de queda (BALASSIANO; TAVARES; PIMENTA, 2011).

Considerações Finais

Identificar o nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados é muito importante para que os gestores conheçam seus trabalhadores e estabeleçam estratégia para a promoção de saúde desse grupo, refletindo na qualidade de vida no trabalho e na potencialização dos recursos humanos.

Estes resultados confirmam a necessidade de os gestores implementarem medidas preventivas que ajudem a minimizar o *stress* nos servidores principalmente nos readequados e readaptados, como o dimensionamento adequado de recursos humanos que tem consequência na sobrecarga de trabalho, melhorias na infraestrutura do ambiente de trabalho, mudanças no estilo de vida como alimentação saudável e práticas de atividades esportivas, adotar técnicas de relaxamento, ginástica laboral e melhores condições de trabalho. Faz-se importante, da mesma forma, a criação de programas com ações preventivas e terapêuticas que possibilitem aos trabalhadores recursos de enfrentamento de modo a minimizar a agressividade dos fatores estressores do sujeito.

Diante disso, o enfermeiro do trabalho que tem como um dos seus campos de atuação o SESMT, na qual está vinculada a população dessa pesquisa, tem fundamental importância para promoção, prevenção e reabilitação da saúde do trabalhador, sendo responsável por adotar medidas de precaução para assegurar os servidores de riscos ocupacionais, que causam impacto no processo saúde-doença do trabalhador.

Como limitação do estudo destaca-se a desatualização dos dados referentes aos servidores readequados e readaptados, pois a instituição não possui uma relação fidedigna dos dados, vez que alguns trabalhadores que se encontram na lista estavam aposentados haviam falecido, dificultando a coleta de dados e demonstrando a importância de acompanhar esses trabalhadores e repensar ações desenvolvidas para essa população.

Referências

- ALDENIS, S. M. et al. Reestruturação produtiva no setor de saúde: estudo de caso em um hospital de Fortaleza-CE. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 8, n. 8, p. 63-72, 2012.
- AREIAS, M. E. Q.; GUIMARÃES, L. A. M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 255-262, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2aii>>. Acesso em: 11 Set 2013.
- BALASSIANO, M.; TAVARES, E.; PIMENTA, R. Estresse ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 751-74, 2011.
- CACCIARI, P et al. Caracterização sociodemográfica e ocupacional de trabalhadores de enfermagem readaptados e readequados. **RevEnferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 318-23, jul/set. 2013. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a07.pdf>> Acesso em: 20 Ago. 2013.
- CONCEIÇÃO et al. Relação das características sociodemográficas com o estresse percebido em idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, 2013. Disponível em: < <http://www.upf.com.br/seer/index.php/rbceh/article/view/1843/pdf>>. Acesso em: 15 Set. 2013.
- CORTES et al. Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- Rev Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 143-153, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/440/pdf>>. Acesso em: 30 Ago. 2013.
- ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n. 4, p. 517-525, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2013
- KARINO, M.E. Identificação de risco para complicações em pés de trabalhadores com diabetes de uma instituição pública da cidade de Londrina-PR [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
- LIPP, M. E. N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 28, n. 6, 347-348, 2001.
- LIPP, M. E. N. *Stress e o turbilhão da raiva*. Casa do Psicólogo. 2005.
- LIPP et al. A relação entre *stress*, padrão tipo A de comportamento e crenças irracionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 6, n. 3, p. 309-323, 2012.

MARQUES, A. P. P. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas "novas" formas de desigualdade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1545-1554, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/07.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

MARQUES, S. V. D. O.; MARTINS, G.; SOBRINHO, O. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. **Cadernos da EBAPE**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 668-680, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v9nspe1/v9nspe1a12.pdf>>. Acesso em: 15 Ago. 2013.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; GARANHANI, M. L. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Ciencia & Enfermería**, Concepción, v. 15, n. 3, p. 45-53, 2009 . Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art06.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2013.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/36.pdf> > Acesso em: 01 Set. 2013.

NEVES, R.F.; NUNES, M.O. Disability, everyday life and subjectivity: the narrative of workers with RSI/WMSD. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.55-66, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a06.pdf>> Acesso em: 20 Ago. 2013.

OLIVIER, M.; PEREZ, C.S.; BEHR, C.F. Trabalhadores Afastados por Transtornos Mentais e de Comportamento: o Retorno ao Ambiente de Trabalho e suas Consequências na Vida Laboral e Pessoal de Alguns Bancários. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba , v. 15, n. 6, , pp. 993-1015, Dec. 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n6/03.pdf>>. Acesso em: 11 Ago. 2013.

OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Él envejecimiento y la capacidad de trabajo: informe de un grupo de estudio de la OMS*. Ginebra: OMS; 1993.

REIS, R.; HINO, A.; ANEZ, C. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **Journal of Health Psychology**, London, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. **Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais**. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.

SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1965.

STEFANO, S. R.; BONANATO, F. M.; RAIFUR, L. Estresse em funcionários de uma instituição de ensino superior: Diferenças entre gênero DOI-10.5752/P. 1984-6606.2013 v13n31p73. **Revista Economia & Gestão**, v. 13, n. 31, p. 73-92, 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Resolução CA n. 71/2000 de 10 agosto de 2000**. Determina novas normas para o programa de readaptação funcional. Londrina: UEL, 2000. p. 2-3.

5.2 ARTIGO 2:

ESTADO DE SAÚDE DOS TRABALHADORES READEQUADOS E READAPTADOS DE UMA UNIVERSIDADE ESTADUAL PÚBLICA

Este artigo responde ao seguinte objetivo dessa dissertação:

- ✓ Identificar o estado de saúde de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

Estado de saúde dos trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública¹

Health of reassigned and readapted workers from a state university

Estado de salud de los trabajadores readecuados y readaptados de una universidad provincial

Resumo:

Objetivo: Identificar o estado de saúde de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

Métodos: Estudo transversal, realizado com 92 servidores. Os dados foram coletados por meio de questionário de caracterização da população e o *Medical Outcome Study 36-item Short Form - MOS SF - 36*.

Resultados: Os oito domínios avaliados pelo *MOS SF-36* que apresentaram os melhores escores foram: função social (73,4 pontos) e desempenho emocional (70,4 pontos), já os que apresentaram piores escores foram desempenho físico (60,4 pontos) e vitalidade (60,6 pontos). Quanto ao estado de saúde comparado a um ano atrás, 34,8% dos trabalhadores relataram que sua saúde estava "quase a mesma coisa". Quanto à função laborativa observou-se que os trabalhadores que exerciam função administrativa apresentaram piores escores no desempenho físico (52,5 pontos).

Conclusão: Conhecer o estado de saúde de trabalhadores readequados e readaptados é de fundamental importância para que os gestores possam elaborar estratégias para a melhoria da qualidade de vida relacionada ao trabalho desses servidores.

Descritores: Saúde do trabalhador. Readaptação ao emprego. Trabalhadores. Enfermagem.

Abstract:

Objective: Identify the health of reassigned and readapted workers from a state university. **Methods:** Cross-sectional study performed with 92 public employees. Data were collected through a population characterization questionnaire and the *Medical Outcome Study 36-item Short Form - MOS SF - 36*.

Results: The eight domains assessed by the *MOS SF-36* that have shown the best scores were: social function (73.4 points) and emotional performance (70.4 points), those that had worse scores were physical performance (60.4 points) and vitality (60.6 points). Regarding to the health state compared to the previous year, 34.8% of workers reported that their health was "almost the same". With regard to labor function it was noted that workers who had administrative functions had worse scores in physical performance (52.5 points). **Conclusion:** Knowing the health of

¹ Artigo extraído de Dissertação de Mestrado "Estado de saúde e nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública", apresentado ao programa de mestrado da Universidade Estadual de Londrina - PR.

reassigned and readapted workers is of critical importance for managers can develop strategies for improving the quality of work-related life of these public employees.

Keywords: Worker health. Readaptation to employment. Workers; Nursing.

Resumen:

Objetivo: Identificar el estado de salud de trabajadores readecuados y readaptados de una universidad provincial.

Métodos: Estudio transversal, realizado con 92 servidores. Los datos fueron colectados por medio de cuestionario de caracterización de la población y el "Medical Outcome Study 36-item Short Form - MOS SF - 36".

Resultados: Los ocho dominios evaluados por el MOS SF-36 que presentaron los mejores puntajes fueron: función social (73,4 puntos) y desempeño emocional (70,4 puntos), ya los que presentaron peores puntajes fueron desempeño físico (60,4 puntos) y vitalidad (60,6 puntos). En relación al estado de salud comparado a un año atrás, el 34,8% de los trabajadores relataron que su salud estaba "casi la misma cosa". En relación a la función laboral se observó que los trabajadores que ejercían función administrativa presentaron peores puntajes en el desempeño físico (52,5 puntos).

Conclusión: Conocer el estado de salud de trabajadores readecuados y readaptados es de fundamental importancia para que los gestores puedan elaborar estrategias para la mejoría de la calidad de vida relacionada al trabajo de esos servidores.

Descriptor: Salud del trabajador. Readaptación al empleo. Trabajadores. Enfermería.

Introdução

As condições da saúde dos trabalhadores representam um dos mais sérios problemas de saúde pública, pois a precariedade dos processos de trabalho determinam altos índices de licença saúde e morbimortalidade nesta área (ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO, 2013).

O trabalhador está exposto em seu cotidiano às cargas de trabalho, ao sofrimento no trabalho e ao envelhecimento, os quais interferem no seu processo saúde-doença, levando esse servidor ao adoecimento. Esse adoecimento pode causar limitações no seu labor que levam a restrições temporárias ou permanentes.

As limitações laborais ocorrem pelo adoecimento físico ou mental do trabalhador, interferindo em seu estado de saúde. O estado de saúde é equivalente ao de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) que refere à percepção de uma pessoa, portadora ou não de uma doença, quanto ao seu estado de saúde. A avaliação da QVRS tem o objetivo de monitorizar a saúde de uma determinada

população, sendo reconhecida como importante indicador de saúde em populações saudáveis, incluindo os trabalhadores (FAYERS; MACHIN, 2007).

A avaliação do estado de saúde é centrada na análise subjetiva do indivíduo relacionada ao impacto do estado de saúde sobre a sua capacidade de viver plenamente. Refere-se à função do indivíduo em perceber o seu desempenho em quatro dimensões: física, funcional, psicológica e social, acrescido de mais dois conceitos que são dor no corpo e vitalidade (OLIVEIRA; ORSINI, 2009; PIRES, 2009).

Os estudos sobre a QVRS foram desenvolvidos com a intenção de abordar as percepções relacionadas aos processos de saúde/doença, incluindo os critérios de subjetividade, percepção pessoal e multidimensionalidade (PIRES, 2009).

A avaliação do estado de saúde pode ser feita por meio de abordagem qualitativa e quantitativa. Quando realizada pela abordagem quantitativa os instrumentos podem ser divididos em dois grupos os específicos e os genéricos.

Sendo um dos instrumentos genéricos amplamente usados para avaliar o estado de saúde o *Medical Outcome Study 36-item Short Form - MOS SF - 36*, que é um questionário de medidas genéricas de qualidade de vida, que foi traduzido e validado para o idioma português com uma amostra de pessoas com artrite reumatoide (CICONELLI, 1999). Vários estudos têm abordado a QVRS em trabalhadores, utilizando o MOS-SF36 como instrumento genérico de QVRS (CÉLIA; ALEXANDRE, 2003; CARVALHO JUNIOR et al., 2012; FACHINETO et al., 2011; LIMA et.al., 2008; MONTEIRO; BENATTI; RODRIGUES, 2009; SILVEIRA et al., 2011; ZAMPIERIL; DELIBERATO; BARROS, 2009).

Diante do exposto, o despertar por essa pesquisa surgiu durante o período em que a pesquisadora foi residente de gerência dos serviços de enfermagem, sendo um dos campos de estágio o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), onde se constatou a existência de vários trabalhadores com restrições, levando a readequação e a readaptação funcional sendo esta formal ou informal.

Nessa oportunidade, a autora realizou uma pesquisa com os trabalhadores readequados e readaptados da equipe de enfermagem de um hospital universitário público com o objetivo de identificar o estado de saúde desses indivíduos. Os resultados demonstraram que 91,2% dos motivos da

readequação/readaptação foram por problemas físicos. Dos oito domínios avaliados pelo *MOS SF-36*, observou-se que os piores escores identificados foram dor corporal, vitalidade e saúde em geral. Os fatores mentais apresentaram melhores escores para aspectos do componente físico. Os servidores que se encontravam em readequação física apresentaram todos os domínios, exceto desempenho emocional com escores inferiores aos com readequação por problemas mentais (CACCIARI et al., 2013).

Diante dos resultados desse estudo, associado à escassez de publicações relacionadas a esse tema, verificou-se a relevância de se realizar um estudo com todos os servidores readequados e readaptados de uma instituição universitária pública.

O objetivo do estudo foi identificar o estado de saúde de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

Método

Estudo transversal, descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, realizado em uma Universidade Estadual Pública.

A população do estudo foi constituída por trabalhadores que estavam em processo administrativo de readaptação ou readequação funcional. Segundo dados do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da instituição, até setembro de 2012, 119 trabalhadores estavam readequados e readaptados oficialmente pelo SESMT. Os dados fornecidos pelo SEMT estavam desatualizados, causando grande dificuldade para identificar os postos de trabalho dos servidores que encontravam nessa condição.

Na instituição onde foi realizado o estudo essas restrições foram regulamentadas pela resolução do Conselho de Administração nº 71/2000 que conceitua a readaptação uma mudança na atividade exercida (cargo), ou de local de trabalho (lotação), para haver um redirecionamento na adequação às limitações laborais. Outra situação identificada é a de readequação funcional, procedimento que consiste em limitar as atribuições das funções do cargo efetivo ocupado pelo servidor, em decorrência de restrições definitivas de saúde apresentadas pelo

servidor, desde que mantido no mesmo cargo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2000).

Foram convidados todos os trabalhadores com processo de readequação e readaptação, como houve 11 trabalhadores que já haviam se aposentado, cinco que apesar de constaram na lista fornecida pelo SESMT e não possuíam processo de readequação ou readaptação, seis encontravam-se em licença médica, um óbito, e quatro recusas, a população foi definida em N=92 do total de 119 indivíduos.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2012 a maio de 2013. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: o primeiro relacionado à caracterização dos trabalhadores, contendo dados sócio-demográficos (idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, entre outros), ocupacional (categoria profissional, carga horária de trabalho semanal, motivo e ano da readaptação/readequação, tempo de trabalho antes da readaptação/readequação, função que exercia e função que exerce, entre outros). O segundo contendo o instrumento *Medical Outcomes Studies 36 - item Short Form (MOS SF-36)* a fim de avaliar o estado de saúde destes trabalhadores.

O *MOS SF-36* é um instrumento genérico de avaliação de estado de saúde física e mental de fácil administração e compreensão. Constitui um questionário multidimensional formado por 36 itens agrupados em oito escalas: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; aspectos sociais; saúde mental; aspectos emocionais; vitalidade e aspecto geral de saúde. Apresenta um escore final de zero a 100 pontos, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde, sendo que cada domínio é analisado em separado. Sua validação e adaptação cultural, no Brasil, foi realizada por Ciconelli (1999).

As oito escalas podem ser agrupadas em dois conceitos: componente físico (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspecto geral de saúde) e componente mental (aspectos sociais, saúde mental, aspectos emocionais, vitalidade).

Os dados foram digitados duplamente no *Microsoft Excel* e analisados no programa *SPSS 20.0*, com nível de significância de 5%.

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel 2010* e o cálculo dos escores do *SF-36* seguiu as seguintes etapas:

1. Cálculo de cada um dos domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) e soma dos pontos obtidos em cada item relativo ao domínio correspondente, para cada trabalhador.

2. Uso dos valores mínimos e máximos possíveis em cada item para calcular o valor transformado, com o emprego da fórmula:

$$\text{Escala transformadora: } \left(\frac{\text{SOMA} - \text{MIN}}{\text{MAX} - \text{MIN}} \right) \times 100$$

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa, CAAE nº 0160.0.268.268-10. Todos os entrevistados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Entre os trabalhadores readequados e readaptados, 73,9% eram do sexo feminino. A média de idade foi 49 anos, a mediana 50 variando de 28 a 67 anos. A maioria era casada e 57,6% possuía o ensino médio.

Considerando os oito domínios avaliados pelo *MOS SF-36*, os que apresentaram os melhores escores foram: função social (73,4 pontos) e desempenho emocional (70,4 pontos), já os que apresentaram piores escores foram desempenho físico (60,4 pontos) e vitalidade (60,6 pontos), conforme apresentado na Tabela1.

Tabela 1 – Valores dos domínios avaliados pelo MOS SF-36 dos trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 2013.

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Função Física	63,9	10,0	100,0	28,5
Desempenho Físico	60,4	0,0	100,0	38,0
Dor Corporal	60,3	24,5	100,0	24,0
Saúde Geral	60,7	15,0	95,0	18,9
Vitalidade	60,6	0,0	100,0	21,7
Função Social	73,6	0,0	100,0	21,2
Desempenho Emocional	70,4	0,0	100,0	32,0
Saúde Mental	68,7	12,0	100,0	17,7

Fonte: O autor, 2013.

Quanto ao estado de saúde na data em que responderam o questionário comparado com o de um ano atrás, 34,8% dos trabalhadores relataram que sua saúde estava “quase a mesma coisa”, seguido de “um pouco melhor agora” para 31,5%, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 – Percepção dos trabalhadores readequados e readaptados quanto à avaliação da saúde comparada há de um ano atrás, Brasil, 2013.

Percepção de saúde comparada há um ano	N	%
Muito melhor agora do que há um ano	22,0	23,9
Um pouco melhor agora do que há um ano	29,0	31,5
Quase a mesma de um ano atrás	32,0	34,8
Um pouco pior agora do que há um ano	7,0	7,6
Muito pior agora do que há um ano	1,0	1,1
Não respondeu	1,0	1,1
Total	92,0	100,0

Fonte: O autor, 2013.

A variedade de ocupação identificada nos trabalhadores pesquisados levou a pesquisadora a agrupar esses servidores de acordo com sua função laborativa, o mesmo foi utilizado no estudo de Karino (2004). Foram classificados em: **administrativo** (digitador, atendimento em balcão, secretaria e organização de laudos), **professor** (docente, pedagoga, orientador educacional), **serviços gerais** (limpeza, vigia, costureira, pedreiro, auxiliar de cozinha, zelador, auxiliar de manutenção, almoxarifado, distribuição de materiais hospitalares e pintor) e **técnico** (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico de laboratório e técnico de raio X) (KARINO, 2004).

Quanto à função laborativa, observou-se que os trabalhadores que exerciam função administrativa apresentaram piores escores no desempenho físico (52,5 pontos).

As funções de professor e técnico apresentaram o domínio vitalidade mais prejudicado (61,7 e 61,2 pontos respectivamente) e a função de serviços gerais demonstrou que o desempenho físico é o mais afetado (58,9 pontos), conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Escores dos domínios avaliados pelo *MOS SF-36* relacionados a função laborativa de trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 2013.

Variáveis	Função Laborativa			
	Administrativo	Professor	Serviços Gerais	Técnico
Função Física	65,0	80,0	62,6	61,2
Desempenho Físico	52,5	66,7	58,9	70,0
Dor Corporal	65,5	70,7	68,9	74,0
Saúde Geral	55,0	63,3	61,9	63,0
Vitalidade	56,5	61,7	62,0	61,2
Função Social	72,5	75,0	71,9	78,1
Desempenho Emocional	71,7	72,5	67,5	75,0
Saúde Mental	62,8	75,3	69,3	71,2

Fonte: O autor, 2013.

Discussão

Na análise da QVRS, por meio do questionário *SF-36*, pode-se observar de acordo com a Tabela 1 que os domínios mais afetados foram dor corporal (60,3) seguido de desempenho físico (70,4).

A dor corporal ocorre por problemas musculoesqueléticos. Esses distúrbios podem estar associados ao ambiente ocupacional em virtude das características de algumas modalidades da ocupação desses trabalhadores. A organização do trabalho, a repetitividade, posturas indevidas, fatores ambientais e a sobrecarga são condições de trabalho que podem interferir diretamente em agravos à saúde musculoesquelética (HARTWIG et al., 2013)

Estudos apontam que algumas ações devem ser desenvolvidas pelas empresas para reduzir as lesões musculoesqueléticas em trabalhadores. Pesquisa realizada com 33 trabalhadores de um setor administrativo revelou melhora significativa na dor em servidores que aderiram o programa de postura implementado pela instituição (SEDREZ et al., 2012). Outro estudo mostrou que a ginástica laboral que é um programa de prevenção e promoção da saúde, visando diminuir acidente de trabalho, prevenir doenças e lesões ocupacionais, reeducar a postura, evitar a fadiga gerada pelo trabalho, melhorar a disposição para o trabalho e conseqüentemente proporcionar um melhor aproveitamento do funcionário. Esse trabalho tem gerado uma melhora na qualidade de vida e dor nas costas dos trabalhadores (NOGUEIRA; NAVEGA, 2011).

O segundo domínio que se apresentou prejudicado foi desempenho físico, que pode ser afetado pela dor corporal identificada como pior domínio avaliado nos trabalhadores, que leva esses trabalhadores a exercer suas atividades com limitações. Nas últimas décadas, com o avanço da tecnologia, especialidade do trabalho, a sobrecarga de trabalho, o ritmo de trabalho, a infraestrutura e recursos humanos inadequados ocasionam risco físico e mental para os trabalhadores (TALHAFERRO; BARBOZA; DOMINGOS, 2006).

Quanto à opinião dos trabalhadores readequados e readaptados sobre o seu estado atual de saúde, quando comparado à de um ano atrás, observa-se, na Tabela 2, que 32 (34,0%) dos trabalhadores referiram estar quase à mesma coisa do que há um ano. Esse resultado induz a idéia de que, apesar da readequação e readaptação ser uma estratégia desenvolvida para adequar os

servidores ao processo de trabalho apesar de suas limitações, ela não tem proporcionado programas de melhoria de qualidade de vida para esses servidores.

Numa escala de zero (0) a 100, onde zero (0) é o pior estado e 100 o melhor estado de saúde, observa-se que o valor médio obtido pelos sujeitos do estudo identificados por categoria profissional, para cada componente do *SF-36*, situou-se entre 52,5 e 80.

O escore da função laborativa administrativa apresentou índices menores de qualidade de vida em saúde, conforme Tabela 3. Os trabalhadores que exercem a função administrativa muitas vezes são servidores que antes da readequação/readaptação ocupavam o cargo de auxiliar operacional, que apresentou pior escore para o domínio desempenho físico, que devido as suas atividades laborais exigirem esforço físico causaram agravos á sua saúde, levando esse trabalhador á readaptação funcional.

Esses servidores apresentam um pior estado de saúde por apresentarem uma sobrecarga de trabalho, expondo-se a várias cargas como as biológicas, químicas, psíquicas, mecânicas e fisiológicas, exemplificadas pela manipulação de peso excessivo, trabalho em pé, posições inadequadas e incômodas, trabalho noturno, rodízios de turno, escassez de recursos humanos, infraestrutura inadequada (MARTINS et al., 2013).

Nas funções laborativas de professor e técnico o pior domínio foi vitalidade, sendo o mesmo encontrado em estudo realizado com professores de uma instituição municipal de ensino em Uberaba. Esse fato pode estar relacionado a aspectos Intrínsecos como: ritmo de trabalho inadequado, posicionamento inadequado e incomodo intenso, além de concentração em uma única tarefa e aspectos extrínsecos: má remuneração e número excessivo de alunos em sala, o acumulo de tarefas, insatisfação com o trabalho e com supervisores (SILVEIRA, et al., 2011; FERRAZ; MONTE; GRAU ALBEROLA, 2009).

Para este estudo, os oito domínios avaliados pelo *MOS SF-36* foram agrupados em dois conceitos: componente físico que engloba função física, desempenho físico, dor corporal e saúde em geral. O segundo é o componente mental composto por saúde mental, desempenho emocional, função social, vitalidade (CICONELLI, 1999).

Diante disso, os trabalhadores da função laborativa de serviços gerais apresentaram piores escores para os domínios de componente físico, da

mesma forma como foi encontrado com trabalhadores de uma IES especialmente no setor de limpeza e manutenção. Esse fato possibilita estabelecer relação entre a atividade exercida e o desconforto identificado, pois este setor realiza seu trabalho na maioria das vezes na posição em pé ou agachada, causando maior fadiga, principalmente em membros inferiores (RAVAGNANI et al., 2013).

A saúde do trabalhador é uma das prioridades hoje estabelecidas para os serviços de saúde, pois se reflete em casos de licença de saúde, bem como em situações em que se faz necessária a readaptação funcional (BATISTA; JULIANI; AYRES, 2010).

Importante estudar o estado de saúde desses trabalhadores para que os gestores implementem ações de promoção à saúde dessa população, considerando que esses agravos levam ao absenteísmo. Em levantamento realizado pelo Serviço de Medicina Social, Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) acerca do absenteísmo entre trabalhadores públicos do Estado de São Paulo, evidenciou-se o grande volume de ausência ao trabalho motivado por doença do trabalhador. Nesse levantamento, os autores apontam, entre os trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP), uma proporção de absenteísmo motivado por licença médica de 3,16%, com um custo anual direto da ordem de 23 milhões de reais, decorrente da ausência ao trabalho (SALA et al., 2009).

Conclusão

Identificar o estado de saúde dos trabalhadores readequados e readaptados pode ser uma estratégia para que o enfermeiro do trabalho possa traçar estratégias de prevenção, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida relacionada ao trabalho desses servidores.

No presente estudo percebeu-se a dor corporal e o desempenho físico como os domínios mais prejudicados nos trabalhadores readequados e readaptados. Servidores em função laborativa administrativa e de serviços gerais apresentaram piores escores.

O presente estudo apresentou algumas limitações, a saber, a generalização dos resultados é limitada porque a população é pequena; a escassez de estudos realizados com essa população; a desatualização dos dados referentes

aos servidores readequados e readaptados, pois a instituição não possui uma relação fidedigna dos dados, bem como alguns trabalhadores que se encontram na lista estavam aposentados haviam falecido dificultando a coleta de dados.

Apesar das limitações do estudo, os resultados demonstraram que a realização dessa pesquisa foi de fundamental importância devido ao escasso volume de publicações acerca dessa temática, despertando o interesse no desenvolvimento de novos estudos sobre o assunto, além de poder subsidiar a elaboração de uma política institucional para trabalhadores readequados e readaptados.

Referências

BATISTA, J.M.; JULIANI, C.M.C.M.; AYRES, J.A. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2010; 18:87-93.

CACCIARI, P et al. Caracterização sociodemográfica e ocupacional de trabalhadores de enfermagem readaptados e readequados. **RevEnferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 318-23, jul/set. 2013. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a07.pdf>> Acesso em: 20 Ago. 2013.

CARVALHO JUNIOR, L. C. S. et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de cortadores de cana-de-açúcar nos períodos de entressafra e safra. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/16.pdf> >. Acesso em: 19 ago. 2013.

CELIA, R. C. R. S.; ALEXANDRE, N. M. C. Distúrbios osteomusculares e qualidade de vida em trabalhadores envolvidos com transporte de pacientes. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n5/a05v56n5.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

CICONELLI, R. M. Tradução para língua portuguesa do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Revista Brasileira Reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 145-150, 1999.

FACHINETO, S, et al. Avaliação da adiposidade corporal e qualidade de vida de trabalhadores rurais do gênero masculino de São Miguel do Oeste/SC. **CINERGIS**, v. 12, n. 1, p. 40-47, 2011. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/2312/1883>>. Acesso em: 10ago. 2013.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation**. John Wiley & Sons, 2007.

FERRAZ, F. H.; MONTE, P. R.; GRAU ALBEROLA, E. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de maestros portugueses.

Aletheia, n. 29, p. 6-15, 2009. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a02.pdf>> Acesso em: 20 Set. 2013.

HARTWIG et al. Condições de saúde de trabalhadores de academias da cidade de Pelotas-RS: um estudo de base populacional. **Rev. bras ativ fís saúde**, Pelotas/RS, v. 17, n. 6, p. 500-511, 2013. Disponível

em:<<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/2351/2344>> Acesso em: 20 Ago. 2013.

KARINO, M.E. Identificação de risco para complicações em pés de trabalhadores com diabetes de uma instituição pública da cidade de Londrina-PR [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

LIMA, M. A. G. et al. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 229-235, 2008.

MARTINS, J. T. et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 1, p. 63-70, 2013.

MONTEIRO, C. M.; BENATTI, M. C. C.; RODRIGUES, R. C. M. Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_16.pdf>. Acesso em: 13 set. 2013.

NOGUEIRA, H. C.; NAVEGA, M. T. Influência da Escola de Postura na qualidade de vida, capacidade funcional, intensidade de dor e flexibilidade de trabalhadores administrativos. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 18, n. 4, Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n4/10.pdf>> Acesso em: 20 Set. 2013.

OLIVEIRA, R.; ORSINI, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. **Revista Neurociências**, São Paulo, 17, n. 3, p. 255-262, 2009.

PIRES, M. J. **Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida**. Estudo exploratório no concelho de Odivelas. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2009.

RAVAGNANI, I. L. M. et al. Avaliação da qualidade de vida em diferentes setores de uma IES. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 5, n. 3, 2013. Disponível em:

<<http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/1583/1058>>. Acesso em: 20 Set. 2013.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Medbook: Rio de Janeiro, 2013.

SALA, A. et al. A. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.

10, p. 2168-2178, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/08.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2013.

SEDREZ et al. Avaliação dos efeitos de um programa de ginástica laboral, sobre a dor e a qualidade de vida. **Cinergis**, v. 13, n. 2, 2012. Disponível em:
<<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/3008/2319>> Acesso em: 20 Set. 2013.

SILVEIRA, R. E. et al. Qualidade de vida de docentes do ensino fundamental de um município brasileiro. **Revista Enfermagem Referencia**, Coimbra, v. 3, n. 4, 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlln4/serlln4a12.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

TALHAFERRO, B.; BARBOSA, D. B. Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização. **Revista de Ciências Médicas**, v. 15, n. 6, 2012. Disponível em:
<<http://200.18.252.94/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1079/1055>>. Acesso em: 20 Set. 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Resolução CA n. 71/2000 de 10 agosto de 2000**. Determina novas normas para o programa de readaptação funcional. Londrina: UEL, 2000. p. 2-3.

ZAMPIERIL, J. A. S.; DELIBERATO, P. C. P.; BARROS, I. G. P. Avaliação da qualidade de vida dos funcionários do cartório do 1º Ofício da cidade de Diamantino-MT através do questionário SF-36. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 7, n. 21, p. 32-35, 2009.

5.3 ARTIGO 3:

ESTADO DE SAÚDE E NÍVEL DE *STRESS* DOS TRABALHADORES READEQUADOS E READAPTADOS DE UMA UNIVERSIDADE ESTADUAL PÚBLICA

Este artigo responde ao seguinte objetivo dessa dissertação:

- ✓ Correlacionar o estado de saúde e o nível de *stress* de trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública.

Estado de saúde e nível de *stress* dos trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública¹

State of health and stress level of reassigned and readapted workers from a state university

Estado de salud y nivel de Estrés de los trabajadores readecuados y readaptados de una universidad provincial

Resumo:

Objetivo: Correlacionar o estado de saúde e nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública

Método: Estudo transversal, realizado com 92 servidores. Foram utilizados um instrumento de caracterização da população, o *Medical Outcome Study 36-item Short Form - MOS SF -36* e a Escala de Percepção de Estresse.

Resultados: A faixa etária apresentou média de 49,0 anos, 73,9% dos trabalhadores readequados e readaptados eram do sexo feminino, 57,6% possuíam o ensino médio, 71,7% eram casados e 50,0% recebiam até três salários mínimos. O motivo da readequação e readaptação para 98,9% dos trabalhadores foi por questões de saúde física. Os domínios mais prejudicados do *SF 36* foram dor corporal e desempenho físico. A média do nível de *stress* foi de 22,6 pontos. Houve correlação negativa entre nível *stress* e saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental.

Conclusão: Esse estudo permitiu concluir que os trabalhadores readequados e readaptados estão expostos a uma sobrecarga de *stress* e seu estado de saúde está afetado principalmente nos domínios de dor corporal e desempenho físico.

Descritores: Saúde do trabalhador. Readaptação ao emprego. *Stress*. Enfermagem.

Abstract:

Objective: Correlating the state of health and stress levels of reassigned and readapted workers from a state university.

Methods: Cross-sectional study performed with 92 public employees. It was used population characterization instrument, the *Medical Outcome Study 36-item Short Form - MOS SF - 36* and the *Perceived Stress Scale*.

Results: The age range had an average of 49.0 years old, 73.9% of reassigned and readapted workers were female, 57.6% completed high school, 71.7% were married and 50.0% received up to three minimum wages. The reason for the reassignment and readaptation for 98.9% of workers was for physical health issues. The most affected areas of *SF 36* were body pain and physical performance. The average of stress level was 22.6 points. There was a correlation between stress and general health, vitality, emotional performance and mental health.

¹ Artigo extraído de Dissertação de Mestrado "Estado de saúde e nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade estadual pública", apresentado ao programa de mestrado da Universidade Estadual de Londrina - PR.

Conclusion: This study concluded that reassigned and readapted workers are exposed to an overload of stress and their health status is affected primarily in the areas of body pain and physical performance.

Keywords: Worker health. Readaptation to employment. Stress. Nursing.

Resumen:

Objetivo: Correlacionar el estado de salud y nivel de estrés en trabajadores readecuados y readaptados de una universidad provincial.

Métodos: Estudio transversal, realizado con 92 servidores. Fueron utilizados un instrumento de caracterización de la población, el "Medical Outcome Study 36-item Short Form - MOS SF - 36 y la Escala de Percepción de Estrés.

Resultados: El grupo etario presentó media de 49,0 años, el 73,9% de los trabajadores readecuados y readaptados eran del sexo femenino, 57,6% poseían enseñanza media, 71,7% eran casados y 50,0% recibían hasta tres sueldos mínimos. El motivo de la readecuación y readaptación para el 98,9% de los trabajadores era por cuestiones de salud física. Los dominios más perjudicados del SF 36 fueron dolor corporal y desempeño físico. La media del nivel de estrés fue de 22,6 puntos. Hubo correlación entre estrés y salud general, vitalidad, desempeño emocional y salud mental.

Conclusión: Ese estudio permitió concluir que los trabajadores readecuados y readaptados están expuestos a una sobrecarga de estrés y su estado de salud está afectado principalmente en los dominios de dolor corporal y desempeño físico.

Descriptor: Salud del trabajador. Readaptación al empleo. Estrés. Enfermería

Introdução

O trabalho é um dos fundamentos da vida humana, ocupando de forma quase total o espaço de vida. Deve, ele, ser compreendido em seu âmbito econômico, cultural e social, pois é no trabalho que o homem encontra seu sustento, formação de sua identidade, sua participação social, maneiras de conviver e relacionar com o meio externo, é um elemento essencial para a saúde, mas pode ser causador de doença (CUSTÓDIO et al., 2010; MARTINS; ROBAZZI; GARANHANI, 2009).

Dessa maneira, o trabalho pode ser fonte de prazer quando permite o desenvolvimento das potencialidades humanas, favorecendo os laços cognitivos/técnicos com o resultado de sua atividade laboral, levando o trabalhador a sua autorrealização. Ao contrário, quando este tem por fim único à mercadoria ou o serviço prestado, pode gerar alienação, insatisfação, angústia e sofrimento psíquico (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2013).

Outro aspecto relevante é o processo de intensificação do trabalho como sendo um fenômeno global que atinge todos os países nessas últimas décadas, interferindo no processo saúde-doença dos trabalhadores levando-os ao desgaste físico e mental, propiciando o adoecimento dos mesmos.

Já na década de 90, a Previdência Social implantou leis de amparo e seguridade ao trabalhador, sendo uma delas a que regulamenta a readaptação funcional. A readaptação funcional se caracteriza pela atribuição de novas responsabilidades compatíveis com a limitação da capacidade físico ou psíquica sofrida pelo trabalhador, desde que haja fatores agravantes a sua doença no local de trabalho e não se justifique a licença para tratamento de saúde ou aposentadoria (BRASIL, 1990).

Segundo o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) é crescente o número de trabalhadores em afastamento devido ao adoecimento. Os últimos dados estatísticos disponibilizados pelo INSS em seu site apontam para um aumento na concessão do benefício auxílio doença, em 2005 representaram um percentual de 47,0% do total das concessões. No ano de 2006 o número de casos aumentou para 56,8%, em 2007 o número de concessão de benefícios baixou para 47,5% e em 2008 o número de benefício auxílio doença concedidos foi de 43,7%, porém ainda é considerado alto (BRASIL, 2005, 2006, 2007, 2008).

Assim sendo, pode-se inferir que há uma carência de recursos materiais e humanos nos serviços de INSS, e nos serviços de saúde, bem como uma falta de integração dos serviços, dos sistemas e políticas das diferentes áreas criam barreiras para as mudanças das condições de trabalho que levam ao adoecimento e para a assistência à saúde e especialmente reabilitação profissional, evidenciando que há uma contradição entre as leis de amparo e seguridade do trabalhador e a realidade (TOLDRÁ et al., 2010)

Esse adoecimento do trabalhador interfere no seu estado de saúde. Estado de saúde é equivalente ao de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) que refere à percepção de uma pessoa, portadora ou não de uma doença, quanto ao seu estado de saúde. A avaliação da QVRS tem o objetivo de monitorizar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, sendo reconhecida como importante indicador de saúde em populações saudáveis, incluindo os trabalhadores (FAYERS; MACHIN, 2007).

Outro aspecto que influencia na saúde é o *stress*, que deve ser reconhecido como um dos riscos ao bem-estar psicossocial do indivíduo, relacionado, por vezes, a alterações no estado de saúde podendo colocar em risco a saúde dos membros da organização e ter consequências no desempenho do profissional, podendo provocar alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (LIMA; FARIAS, 2005; RODRIGUES; CHAVES, 2008).

Assim sendo, fica evidenciado que estudar o *stress* dos profissionais readequados e readaptados é de fundamental importância, visto que, propiciara um melhor entendimento das suas causas favorecendo aos gestores planejar ações que busquem minimizar seus efeitos e assim promover a qualidade de vida desses profissionais.

Neste contexto o objetivo desse estudo foi correlacionar estado de saúde e o nível de *stress* em trabalhadores readequados e readaptados de uma Universidade Estadual Pública

Método

Estudo quantitativo do tipo corte transversal, realizado em uma Universidade Estadual Pública localizada na região norte do estado do Paraná.

A população do estudo foi constituída por 119 servidores com processo de readaptação e readequação protocolado no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da instituição, em um contingente de 5.717 servidores.

O critério de inclusão foi estar legalmente em processo de readequação ou readaptação funcional. Foi convidada a totalidade dos servidores nessa condição, sendo considerados apenas os trabalhadores que estavam no exercício ativo de suas funções durante o período da coleta de dados. Foram excluídos do estudo 11 trabalhadores que já haviam se aposentado, cinco que apesar de constarem na lista fornecida pelo SESMT não possuíam processo de readequação ou readaptação, seis encontravam-se em licença médica, um óbito, e quatro recusaram-se a participar da pesquisa. Sendo assim, a população final do estudo constituiu-se de 92 trabalhadores.

Na instituição onde o estudo foi realizado, a readequação e readaptação é normalizada pela Resolução do Conselho de Administração nº 71/2000 que define readaptação funcional como:

[...] a limitação do servidor ao trabalho por patologia, agravo à saúde ou elucidação diagnóstica, impedindo-o de exercer definitivamente e totalmente as atividades para as quais foi nomeado, e que não caracteriza motivo para aposentadoria ou licença para tratamento de saúde (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2000).

Essa resolução define a readequação funcional como:

[...] a limitação do servidor ao trabalho por patologia, agravo à saúde ou elucidação diagnóstica, impedindo-o de exercer parcialmente, por tempo limitado ou definitivo, as atividades para as quais foi nomeado, e que não caracteriza motivo para aposentadoria ou licença para tratamento de saúde (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2000).

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos: o primeiro relacionado a caracterização dos trabalhadores, contendo dados sociodemográficos (idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, entre outros), ocupacional (categoria profissional, motivo da readaptação/readequação). O segundo instrumento utilizado foi a Escala de Estresse Percebido (EPS-10) para identificar o *stress* dos servidores.

A EPS é composta por 10 itens que relacionam acontecimentos e situações ocorridas nos últimos 30 dias. Cada item é avaliado por uma escala *Likert*. Os resultados podem variar de 0-40 pontos, uma pontuação maior indica maior percepção do estresse (REIS; HINO; ANEZ, 2010).

O terceiro instrumento foi o *Medical Outcomes Studies 36 - item Short Form (MOS SF-36)* a fim de avaliar o estado de saúde destes trabalhadores. O *MOS SF-36* é um instrumento genérico de avaliação de estado de saúde física e mental de fácil administração e compreensão. Constitui-se em um questionário multidimensional formado por 36 itens agrupados em oito escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos sociais, saúde mental, aspectos emocionais, vitalidade e aspecto geral de saúde. Apresenta um escore final de zero a 100 pontos, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao

melhor estado de saúde, sendo que cada domínio é analisado em separado. Sua validação e adaptação cultural, no Brasil, foi realizada por Ciconelli (1999).

As oito escalas podem ser agrupadas em dois conceitos: componente físico (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspecto geral de saúde) e componente mental (aspectos sociais, saúde mental, aspectos emocionais, vitalidade). O cálculo dos escores do SF-36 seguiu as seguintes etapas:

1. Cálculo de cada um dos domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) e soma dos pontos obtidos em cada item relativo ao domínio correspondente, para cada trabalhador.
2. Uso dos valores mínimos e máximos possíveis em cada item para calcular o valor transformado, com o emprego da fórmula:

$$\left(\frac{\text{SOMA} - \text{MIN}}{\text{MAX} - \text{MIN}} \right) \times 100$$

Escala transformadora:

Os dados foram digitados duplamente no *Microsoft Excel* e analisados no programa SPSS 20.0, realizados testes não paramétricos e utilizado nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa, CAAE n°0160.0.268.268-10. Todos os entrevistados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A faixa etária apresentou extremos de 28 a 67 anos, com média de 49 e mediana de 50 anos. Em relação ao sexo 73,9% dos trabalhadores readequados e readaptados foi do sexo feminino, 57,6% possuíam o ensino médio, 71,7% eram casados e 50,0% recebiam até três salários mínimos. Dentre os participantes 58,7% eram readaptados, 35,9% readequados e 5,4% não sabiam definir. O motivo da readequação e readaptação em 98,9% era por questões de saúde física.

As menores médias encontradas nos domínios do SF 36 foram dor corporal e desempenho físico (respectivamente 60,3 e 60,4). Quanto ao *stress* houve variação entre 0-28 com média de 22,6, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise descritiva dos pontos obtidos nos domínios do *MOS SF 36* e da *EPS* entre trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 2013.

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
<i>Componente Físico</i>				
Função Física	63,9	10,0	100,0	28,5
Desempenho Físico	60,4	0,0	100,0	38,0
Dor Corporal	60,3	24,5	100,0	24,0
Saúde Geral	60,7	15,0	95,0	18,9
<i>Componente Mental</i>				
Vitalidade	60,6	0,0	100,0	21,7
Função Social	73,6	0,0	100,0	21,2
Desempenho Emocional	70,4	0,0	100,0	32,0
Saúde Mental	68,7	12,0	100,0	17,7
<i>Stress</i>	22,6	0,0	28,0	5,8

Fonte: O autor, 2013.

Houve correlação negativa entre o *stress* e saúde geral ($r = -0,364$; $p = 0,000$), vitalidade ($r = -0,286$; $p = 0,006$), desempenho emocional ($r = -0,349$; $p = 0,001$) e saúde mental ($r = -0,420$; $p = 0,000$), conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Correlação entre os domínios do *MOS SF 36* e da *EPS* em trabalhadores readequados e readaptados em uma Universidade Estadual Pública, Brasil, 2013.

Escala de Percepção de Estresse		
Domínios	P	R
Função Física	0,664	0,046
Desempenho Físico	0,987	0,002
Dor Corporal	0,603	-0,055
Saúde Geral	0,000	-0,364
Vitalidade	0,006	-0,280
Função Social	0,987	-0,002
Desempenho Emocional	0,001	-0,349
Saúde Mental	0,000	-0,420

Fonte: O autor, 2013. Correlação de Pearson; p = nível de significância.

Discussão

A idade mínima de 28 anos chamou atenção porque distancia dos achados de outros estudos. Tal fato aconteceu por esse trabalhador ter sido readaptado devido à sequela de um acidente automobilístico. Retirando esse caso específico à média de idade nesse estudo foi de 49 anos, a mesma informação foi encontrada em outros estudos (CACCIARI et al., 2013; BATISTA; JULIANI; AYRES, 2010).

O resultado relacionado ao motivo da readequação e readaptação dos trabalhadores no presente estudo é semelhante aos encontrados em estudos realizados em Hospitais Universitários (CACCIARI et al., 2013; MAGNAGO et al., 2010).

Os domínios do componente físico que sofreram maior prejuízo foram dor corporal e desempenho físico, esse fato pode estar relacionado com o processo de trabalho como movimentos repetitivos, sobrecarga do trabalho e a falta de atividades físicas (FERREIRA et al., 2009).

A dor e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) são responsáveis pela maior parte dos afastamentos do trabalho e pelos custos com pagamentos de indenizações, tanto no Brasil como na maior parte dos países industrializados (FERREIRA et al., 2009).

Estudo realizado com trabalhadores do Instituto de Metrologia Qualidade e Tecnologia (INMETRO) identificou que 73,0% desses trabalhadores relataram algum tipo de sintomatologia dolorosa nos últimos onze meses causado pelo DORT, 27,2% na última semana e 25,0% já tiveram afastamento do trabalho por dor (CAETANO et al., 2013).

Quanto ao componente mental, a pior avaliação do estado de saúde percebido foi para o domínio vitalidade, demonstrando prejuízos em sentir-se cheio de energia, com tendência a fadiga, esgotamento, podendo ser consequência do ritmo de trabalho inadequado, posicionamento inadequado e incomodo intenso, além de concentração em uma única tarefa e aspectos extrínsecos como má remuneração (FERRAZ; MONTE; GRAU ALBEROLA, 2009). Esse domínio também foi encontrado prejudicado em um estudo realizado com 86 trabalhadores do serviço de higiene e limpeza utilizando o *MOS SS-36* (MARTARELLO; BENATTI, 2009).

Percebeu-se, neste estudo, o envelhecimento do trabalhador na instituição. Sabe-se que o envelhecimento interfere no nível de *stress* do trabalhador, revelando uma diminuição de sua força física, resistência, piora da saúde, morte dos cônjuges e amigos, bem como sentimentos da pré-aposentadoria, mudanças fisiológicas e doenças crônicas (CONCEIÇÃO et al., 2013).

Em relação entre o nível de *stress* e o *MOS SF 36*, houve correlação negativa entre *stress* e saúde geral, vitalidade, desempenho emocional e saúde mental, significando que quanto maior o *stress* mais afetados serão esses domínios. A partir desses resultados de correlação não se pode afirmar que o *stress* foi a causa, apenas uma associação entre esses domínios.

Essa correlação ocorre devido à forma como o trabalhador responde aos estímulos estressores, quando esses estressores não são eliminados podem trazer sérios problemas psicológicos e físicos afetando o estado de saúde. No âmbito do trabalho, as consequências podem incluir depressão, falta de ânimo e de envolvimento com o trabalho e a organização, faltas e atrasos frequentes, pressão no trabalho, problemas de comunicação, competição no ambiente de trabalho, excesso de visitas ao ambulatório médico e farmacodependência, interferindo nos domínios vitalidade, desempenho emocional e saúde mental (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010; ZANELLI, 2010)

Considerando os contextos de trabalho, verifica-se um número expressivo de acidentes e das patologias ocupacionais atuais têm relação direta ou indireta com o *stress* (GOULART; LIPP, 2011).

Diante disso, a saúde do trabalhador deve ser uma das prioridades para os gestores, pois se reflete em licença saúde e, ainda, em situações em que se faz necessária a readequação e readaptação funcional (BATISTA; JULIANI; AYRES, 2010).

As ações de saúde do trabalhador compreendem a assistência aos agravos, a vigilância dos ambientes e condições de trabalho, da situação de saúde dos trabalhadores e da situação ambiental. Estão incluídas, ainda, a produção, coleta, sistematização, análise e divulgação das informações de saúde, a produção de conhecimento e as atividades educativas, todas elas desenvolvidas sob o controle da sociedade organizada. O ciclo de atenção integral à saúde dos trabalhadores inclui ainda, procedimentos de promoção da saúde definidos e implementados no âmbito do sistema de saúde e fora dele, pelos setores trabalho, previdência social, meio ambiente e demais setores de governo responsáveis pelas políticas de desenvolvimento econômico e social (DIAS; HOEFEL, 2005).

Conclusão

Os achados desse estudo apontam para a importância das instituições desenvolverem programas para trabalhadores readequados e readaptados, a fim de minimizar o *stress* e maximizar a qualidade de vida.

É de fundamental importância que os gestores em conjunto com a equipe multiprofissional aprimorem as ações desenvolvidas para esses trabalhadores, buscando estratégias como: ginástica laboral, reorientação postural, adequação de mobiliários, monitoramento constante, programas de combater a sedentarismo e obesidade, ações educativas, dentre outros. Assim, haverá uma promoção da saúde, prevenção das doenças e diminuição dos agravos.

Assim é de importância impar que os gestores aprimorem as ações desenvolvidas para esses trabalhadores, buscando estratégias de promoção a saúde, prevenindo doenças e agravos, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida destes profissionais.

Referências

BATISTA, J.M.; JULIANI, C.M.C.M.; AYRES, J.A. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2010; 18:87-93.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Estatísticas da Previdência Social: anuário estatístico 2005**. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em 31/08/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Estatísticas da Previdência Social: anuário estatístico 2006**. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em 31/08/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Estatísticas da Previdência Social: anuário estatístico 2007**. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em 31/08/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Estatísticas da Previdência Social: anuário estatístico 2008**. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em 31/08/2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal nº 8.112, de 11 de dezembro 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/l8112cons.htm>>. Acesso em: 15 jul. de 2013.

CACCIARI, et al. A. Caracterização sociodemográfica e ocupacional de trabalhadores de enfermagem readaptados e readequados. **RevEnferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 318-23, jul/set. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a07.pdf>> Acesso em: 20 Ago. 2013.

CAETANO, V. C. et al. Processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT. **Physis**. Rio de Janeiro. v. 22, n. 3, p. 1047-1062, 2012.

CAMELO, S. H. H.; GALON, T.; MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 4. n 20, p. 661-667, 2013.

CICONELLI, R. M. Tradução para língua portuguesa do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Revista Brasileira Reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 145-150, 1999.

CONCEIÇÃO et al. Relação das características sociodemográficas com o estresse percebido em idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de**

Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 9, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.upf.com.br/seer/index.php/rbceh/article/view/1843/pdf>>. Acesso em: 15 Set. 2013.

CUSTÓDIO, I. L. et al. Saúde do trabalhador: caracterização das dissertações e teses nacionais de enfermagem, 2003-2007. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 604-609, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a17.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

DIAS, E. C. ; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc saúde coletiva**. v. 4 n. 10, p. 817-27, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a07v10n4.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation**. John Wiley & Sons, 2007

FERRAZ, F. H.; MONTE, P. R.; GRAUALBEROLA, E. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de maestros portugueses. **Aletheia**, n. 29, p. 6-15, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a02.pdf>>. Acesso em: 20 Set. 2013.

FERREIRA, et al. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES FEIRANTES. **Revista Movimenta**. v. 2, n. 4, 2009.

GOULART J, E.; LIPP, M. E. N. Estilo de liderança e stress: uma pesquisa em escolas estaduais de ensino fundamental. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, Recife, v. 27. n. 2, 2011.

LIMA, F. D. A; FARIAS, R. L. F. O trabalho do cirurgião dentista e o estresse: Considerações: teóricas. **Revista RBPS**, Fortaleza, n. 8, v. 1, p., 2005.

MAGNAGO, T.S.B.S. et al. Trabalho da enfermagem e distúrbio musculoesquelético: revisão das pesquisas sobre o tema. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 140-48, 2010.

MARTARELLO, N. A; BENATTI, M. C. C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 2, n. 43, p. 422-8.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; GARANHANI, M. L. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Ciencia & Enfermería**, Concepción, v. 15, n. 3, p. 45-53, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_06.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2013.

REIS, R.; HINO, A.; AÑEZ, C. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **Journal of Health Psychology**, London, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.

RODRIGUES, A. B, CHAVES, E. C. Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. 1, p.1-5, 2008.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.

TOLDRA, et al.. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP, **Brasil Revista Brasileira Saúde ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Resolução CA n. 71/2000 de 10 agosto de 2000**. Determina novas normas para o programa de readaptação funcional. Londrina: UEL, 2000. p. 2-3.

ZANELLI, J. C. (Coord.). **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

6 Considerações Finais



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitem concluir que dentre os 92 trabalhadores readequados houve a predominância do sexo feminino, 57,6% possuíam ensino médio, 71,7% eram casados e 50,0% recebiam até três salários mínimos.

Em relação aos problemas de saúde referida 59,8% apresentavam lesões por esforços repetitivos/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho. Ao avaliar o *stress* pela EPS-10 a média geral foi de 22,6 pontos, sendo que os trabalhadores que se enquadravam na função laborativa de técnico apresentaram maior *stress* (24,6). Verificou-se que as mulheres apresentaram maior *stress* que os homens e os trabalhadores que sofreram sequelas, devido a quedas tiveram maior nível de *stress* (28,2 pontos).

Observou-se que, ao identificar o estado de saúde dos trabalhadores pelo instrumento *MOS SF-36*, os domínios que apresentaram os melhores escores foram: função social (73,4 pontos) e desempenho emocional (70,4 pontos). Já os que apresentaram piores escores foram desempenho físico (60,4 pontos) e vitalidade (60,6 pontos). Quanto ao estado de saúde comparado como de um ano atrás, 34,8% dos trabalhadores relataram que sua saúde estava "quase a mesma coisa". Os trabalhadores que exerciam função administrativa apresentaram piores escores no desempenho físico (52,5 pontos).

Por ser um estudo realizado em uma universidade pública que possui um Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, espera-se que esse trabalho possa contribuir para que a equipe multiprofissional desse serviço desenvolva programas de promoção para melhorar a qualidade de vida desses trabalhadores.

Importante ressaltar a importância do enfermeiro do trabalho como agente de medidas preventivas contra riscos e doenças ocupacionais. E, mais, que esse profissional conheça a necessidade de seus colaboradores para intervir.

Por se tratar de um estudo inédito na UEL com essa população espera-se que essa pesquisa subsidie a instituição para que possa desenvolver programas ou sistemas de monitoramento e avaliação da qualidade de vida desses trabalhadores.

No plano científico, espera-se contribuir com o desenvolvimento da literatura sobre os readequados e readaptados, sendo escasso o volume de

publicações acerca dessa temática, promovendo um avanço dos conhecimentos produzidos sobre o estado de saúde dessa população.

O presente estudo apresentou algumas limitações, em primeiro lugar a generalização dos resultados é limitada porque a população é pequena; em segundo lugar, a escassez de estudos realizados com essa população; em terceiro lugar a desatualização dos dados referentes aos servidores readequados e readaptados, pois a instituição não possui uma relação fidedigna dos dados. Alguns trabalhadores que se encontram na lista estavam aposentados haviam falecidos, o que dificultou a coleta de dados, ressaltando-se a importância da gestão acompanhar esses trabalhadores e repensar as ações desenvolvidas para essa população.

Referências



REFERENCIAS

- AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008.
- ALBERTA HUMAN RESOURCES AND EMPLOYMENT. **Safe and healthy**: a guide to managing an aging workforce. Edmonton, 2006. Disponível em: <<http://alis.alberta.ca/pdf/cshop/safehealthy.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.
- ALDENIS, S. M. et al. Reestruturação produtiva no setor de saúde: estudo de caso em um hospital de Fortaleza-CE. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 8, n. 8, p. 63-72, 2012.
- ALVES, G. Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório: o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. **RET: Rede de Estudos do Trabalho**, Marília, Ano IV, n. 8, 2011.
- ANDOLHE, R. L. A. GUIDO, L. A.; BIANCHI, E. R. F. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 711-20, 2009.
- AREIAS, M. E. Q.; GUIMARÃES, L. A. M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 255-262, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a11>>. Acesso em: 11 Set 2013.
- BACKES, M. T. S, et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, 111-117, 2009.
- BALASSIANO, M.; TAVARES, E.; PIMENTA, R. Estresse ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes. **Revista de Administração Pública**. **rio de Janeiro**, v. 45, n. 3, p. 751-74, 2011.
- BALESTRIN, M. F.; BARROS, S. A. B. M. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade**, Guairacá, v.1, n.1, 2009. Disponível em: <<http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/17/02> Vol1 VOOS 2009 CS>. Acesso em: 10 set. 2013.
- BATISTA, J.M.; JULIANI, C.M.C.M.; AYRES, J.A. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2010; 18:87-93.
- BATISTA, A. A questão social no período da decadência científica. Praia Vermelha. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**. Rio de Janeiro, n. 10 p. 112-125, 2004.

BIANCHI, E. R. F. Escala Bianchi de stress. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 1055-1062, 2009. Número Especial.

BIANCHI, E. R. F. **Stress entre enfermeiros hospitalares**. Tese [Livre Docência]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

BRAGANHOLLO, L. P. **A não realização de cirurgia reconstrutiva de mama fatores associados, qualidade de vida e auto estima**. 2007. Dissertação [Mestrado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a03.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado, 1999.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional da Saúde. Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Estatísticas da Previdência Social: anuário estatístico 2005**. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em 31/08/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Estatísticas da Previdência Social: anuário estatístico 2006**. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em 31/08/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Estatísticas da Previdência Social: anuário estatístico 2007**. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em 31/08/2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Estatísticas da Previdência Social: anuário estatístico 2008**. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>>. Acesso em 31/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Caderno de saúde do trabalhador**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei orgânica da saúde nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 15 jul. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n° 08, de 08 de maio de 1996. Altera a norma regulamentadora NR 7- Programa de controle médico de saúde ocupacional - PCMSO. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812C12AA70012C12B0D4F5612A/p1996050808.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n° 19, de 9 de abril de 1998. Altera norma regulamentadora NR 7 - Programa de controle médico de saúde ocupacional.- PCMSO. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 1998. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/05/mtb/7.htm>>. Acesso em: 1 jul. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_04a.pdf>. Acesso em: 10 set. 2007.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nacional n° 7.602, de 7 de Novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal n° 8.112, de 11 de dezembro 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm>. Acesso em: 15 jul. de 2013.

CACCIARI, et al. A. Caracterização sociodemográfica e ocupacional de trabalhadores de enfermagem readaptados e readequados. **RevEnferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 318-23, jul/set. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a07.pdf>> Acesso em: 20 Ago. 2013.

CAETANO, V. C. et al. Processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT. **Physis**. Rio de Janeiro. v. 22, n. 3, p. 1047-1062, 2012.

CAMELO, S. H. H.; GALON, T.; MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 4. n 20, p. 661-667.

CARVALHO JUNIOR, L. C. S. et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de cortadores de cana-de-açúcar nos períodos de entressafra e safra. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, 2012 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/16.pdf> >. Acesso em: 19 ago. 2013.

- CAVALCANTE, C. A. A. et al. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 241-248, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2013.
- CELIA, R. C. R. S.; ALEXANDRE, N. M. C. Distúrbios osteomusculares e qualidade de vida em trabalhadores envolvidos com transporte de pacientes. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, 2003 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n5/a05v56n5.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.
- CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 2009
- CICONELLI, R. M. Tradução para língua portuguesa do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Revista Brasileira Reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 145-150, 1999.
- CONCEIÇÃO et al. Relação das características sociodemográficas com o estresse percebido em idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, 2013. Disponível em: < <http://www.upf.com.br/seer/index.php/rbceh/article/view/1843/pdf>>. Acesso em: 15 Set. 2013.
- CORTES et al. Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- Rev Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 143-153, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/440/pdf>>. Acesso em: 30 Ago. 2013.
- COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.
- COUTINHO, M. C. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.189-202, 2009.
- CUSTÓDIO, I. L. et al. Saúde do trabalhador: caracterização das dissertações e teses nacionais de enfermagem, 2003-2007. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 604-609. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a17.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2013. (Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):604-9)
- DESSOTTE, C. A. M. **Depressão e estado de saúde percebido por pacientes com primeiro episódio de síndrome isquêmica miocárdica instável**, Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- DIAS, E. C. ; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc saúde coletiva**. v. 4 n. 10, p. 817-27, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a07v10n4.pdf> Acesso em: 15 ago. 2013.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.14, n. 4, p. 517-525, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2013

FACHINETO, S, et al. Avaliação da adiposidade corporal e qualidade de vida de trabalhadores rurais do gênero masculino de São Miguel do Oeste/SC. **CINERGIS**, v. 12, n. 1, p. 40-47, 2011. Disponível em:

<<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/2312/1883>>. Acesso em: 10ago. 2013.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation**. John Wiley & Sons, 2007.

FERRAZ, F. H.; MONTE, P. R.; GRAU ALBEROLA, E. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de maestros portugueses.

Aletheia, n. 29, p. 6-15, 2009. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a02.pdf>> Acesso em: 20 Set. 2013.

FERREIRA, et al. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES FEIRANTES. **Revista Movimenta**. v. 2, n. 4, 2009.

FERREIRA, P.L. Criação da versão portuguesa do Mos SF-36, Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v.13, p.55-66, 2000a.

FRUTUOSO, J. T.; CRUZ, R. M. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 29-36, 2005.

GOULART J, E.; LIPP, M. E. N. Estilo de liderança e stress: uma pesquisa em escolas estaduais de ensino fundamental. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, Recife, v. 27. n. 2, 2011.

HARTWIG et al. Condições de saúde de trabalhadores de academias da cidade de Pelotas-RS: um estudo de base populacional. **Rev. bras ativ fís saúde**, Pelotas/RS, v. 17, n. 6, p. 500-511, 2013. Disponível

em:<<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/2351/2344>> Acesso em: 20 Ago. 2013.

HOEFEL, M. G. L.; SEVERO, D. O. Participação social em saúde do trabalhador: avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 4, 119, 2011.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 97-116, 2003.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n1/v15n1a06.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

KARINO, M.E. Identificação de risco para complicações em pés de trabalhadores com diabetes de uma instituição pública da cidade de Londrina-PR [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

- KELLER, B. **Estudo comparativo dos níveis de cortisol salivar e estresse em atletas de luta olímpica de alto rendimento**. Dissertação [Mestrado em Educação Física]. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Paraná, 2006.
- KRELING, N. H. O envelhecimento do trabalhador impõe novos desafios às políticas públicas. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 47-62, 2010. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/view/2414/2849>>. Acesso em: 10 ago. 2013.
- LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LIMA, F. D. A; FARIAS, R. L. F. O trabalho do cirurgião dentista e o estresse: Considerações: teóricas. **Revista RBPS**, Fortaleza, n. 8, v. 1, p., 2005.
- LIMA, F. P. Ações coordenadas em saúde do trabalhador: uma proposta de atuação supra-institucional. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 34, n. 119, p. 67-78, 2009.
- LIMA, M. A. G. et al. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 229-235, 2008.
- LICCIARDI, N. O significado do trabalho do professor. *RevistaUniABC*, Santo André, v. 2, n. 1, 2011.
- LIPP, M. E. N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica** (São Paulo), v. 28, n. 6, 347-348, 2001.
- LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas des para adultos de Lipp** (ISSL). 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- LIPP, M. E. N. *Stress e o turbilhão da raiva*. Casa do Psicólogo. 2005.
- LOURENÇO, E. A. S; BERTANI, I. F. Acidente de trabalho e sua prevenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007.
- LUCARELLI, M. D. M.; LIPP, M. E. N. Validity of the child stress symptoms inventory. **Psicologia Reflexão Crítica**. Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 71-88, 1999.
- MAEYANA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes . **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 39, n. 1, 2010.

MAGNAGO, T.S.B.S. et al. Trabalho da enfermagem e distúrbio musculoesquelético: revisão das pesquisas sobre o tema. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 140-48, 2010.

MARK, K. **O capital**: crítica da economia política. 3 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1998.

MARQUES, A. P. P. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas "novas" formas de desigualdade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1545-1554, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/07.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

MARQUES, S. V. D. O.; MARTINS, G.; SOBRINHO, O. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. **Cadernos da EBAPE**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 668-680, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v9nspe1/v9nspe1a12.pdf>>. Acesso em: 15 Ago. 2013.

MARTARELLO, N. A; BENATTI, M. C. C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 2, n. 43, p. 422-8.

MARTINS, J. T. et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 1, p. 63-70, 2013.

MARTINS, J. T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva**: estratégias defensivas. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/36.pdf>> Acesso em: 01 Set. 2013.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; GARRANHANI, M. L. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Ciencia & Enfermería**, Concepción, v. 15, n. 3, p. 45-53, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art06.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2013.

MENDES R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 3-11, 1991.

MENDES, A. M.; COSTA, V. P.; BARROS, P. C. R. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 59-72, 2003.

MINARI, M. R. T.; SOUZA, J. C. Stress em servidores públicos do instituto nacional de seguro social. **Estudos em Psicologia** (Campinas), v. 28, n. 4, p. 521-528, 2011 <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400012>>. Acesso em: 30 ago 2013.

- MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste in trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 340-347, 2011.
- MONTEIRO, C. M.; BENATTI, M. C. C.; RODRIGUES, R. C. M. Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt16.pdf>. Acesso em: 13 set. 2013.
- NARDI, H. C. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A. D. (org.). **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 219-224.
- NATIVIDADE, M. R.; COUTINHO, M. C. O trabalho na sociedade contemporânea: os sentidos atribuídos pelas crianças. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 430-439, 2012.
- NEVES, R.F.; NUNES, M.O. Disability, everyday life and subjectivity: the narrative of workers with RSI/WMSD. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.55-66, jul./set. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a06.pdf>> Acesso em: 20 Ago. 2013.
- NOGUEIRA, H. C.; NAVEGA, M. T. Influência da Escola de Postura na qualidade de vida, capacidade funcional, intensidade de dor e flexibilidade de trabalhadores administrativos. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 18, n. 4, Dec. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n4/10.pdf> > Acesso em: 20 Set. 2013.
- OLIVEIRA, R.; ORSINI, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. **Revista Neurociências**, São Paulo, 17, n. 3, p. 255-262, 2009.
- OLIVIER, M.; PEREZ, C.S.; BEHR, C.F. Trabalhadores Afastados por Transtornos Mentais e de Comportamento: o Retorno ao Ambiente de Trabalho e suas Consequências na Vida Laboral e Pessoal de Alguns Bancários. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba , v. 15, n. 6, , pp. 993-1015, Dec. 2011 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n6/03.pdf>>. Acesso em: 11 Ago. 2013.
- OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El envejecimiento y la capacidad de trabajo: informe de un grupo de estudio de la OMS**. Ginebra: OMS; 1993.
- PARANÁ. Decreto 6.805 - 19 de Dezembro de 2012, publicado no Diário Oficial nº 8.862
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 9, n.1, p. 45-52, 2004.
- PIRES, M. J. **Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida**. Estudo exploratório no concelho de Odivelas. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2009.

PORTAL WEBUEL. Universidade Estadual de Londrina. **Relatório dos órgãos de apoio e suplementares**. 2010. Disponível em:

<http://www.uel.br/proplan/?content=orgaos/capa_orgaos.htm> Acesso em: 23 set. 2013

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010, p. 753-767. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf>>. Acesso em: 11 Ago. 2013.

RAVAGNANI, I. L. M. et al. Avaliação da qualidade de vida em diferentes setores de uma IES. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 5, n. 3, 2013. Disponível em:

<<http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/1583/1058>> Acesso em: 20 Set. 2013.

REIS, R.; HINO, A.; ANEZ, C. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **Journal of Health Psychology**, London, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.

RIBEIRO, C. V. S.; LEDA, D. B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 2004 . Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v4n2/v4n2a06.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2013.

RIBEIRO, J. P.; MARQUES, T. A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 10, n. 2, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a07.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

RIBEIRO, N. F.; FERNANDES, R.C.P. Distúrbios musculoesqueléticos em membros inferiores em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 128-42. Disponível em:

<<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/8/8>> Acesso em: 10 mar 2013. v.35, n.1, p.128-142 jan./mar. 2011

RODRIGUES, A. B, CHAVES, E. C. Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. 1, p.1-5, 2008.

TOLDRA, et al.. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP, **Brasil Revista Brasileira Saúde ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Medbook: Rio de Janeiro, 2013.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.

SALA, A. et al. A. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 10, p. 2168-2178, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/08.pdf>> Acesso em: 20 Ago. 2013.

SCATTOLIN, F. A. A. Qualidade de vida: a evolução do conceito e os instrumentos de medida. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 8, n. 4, p. 1-5, 2006.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, 368-377, 2011.

SEDREZ et al. Avaliação dos efeitos de um programa de ginástica laboral, sobre a dor e a qualidade de vida. **Cinergis**, v. 13, n. 2, 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/3008/2319>> Acesso em: 20 Set. 2013.

SELYE, H. **Stress**: a tensão da vida. 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1965.

SERVILHA, E. A. M. Estresse em professores universitários na área de fonoaudiologia. **Revista de Ciências Médicas (Campinas)**, v. 14, n. 1 p. 43-52, 2012.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v. 2, n.1, .p. 3-5, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acesso em: 15 ago. 2013.

SILVEIRA, R. E. et al. Qualidade de vida de docentes do ensino fundamental de um município brasileiro. **Revista Enfermagem Referencia**, Coimbra, v. 3, n. 4, 2011 . Disponível em: < <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserllln4/serllln4a12.pdf> >. acesso em: 13 set. 2013.

SOUZA, E. C. F.; OLIVEIRA, A. G. R. C. **O processo saúde-doença**: do xamã ao cosmos. Odontologia social: textos selecionados, publicado pelo curso de mestrado em odontologia social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte: UFRN, 1998.

STEFANO, S. R.; BONANATO, F. M.; RAIFUR, L. Estresse em funcionários de uma instituição de ensino superior: Diferenças entre gênero DOI-10.5752/P. 1984-6606.2013 v13n31p73. **Revista Economia & Gestão**, v. 13, n. 31, p. 73-92, 2013.

TALHAFERRO, B., BARBOSA, D. B. **Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização**. **Revista de Ciências Médicas**, v. 15, n. 6, 2012.

TAMANINI, J. T. N. Validação para o português do International Consultation on Incontinence Questionnaire: Short Form (ICIQ-SF). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, 4383-4344, 2004.

UNITED NATIONS. **UN stress management booklet**. The United Nations department of peace-keeping operations, office of planning and support: New York, 1995.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Resolução CA n. 71/2000 de 10 agosto de 2000**. Determina novas normas para o programa de readaptação funcional. Londrina: UEL, 2000. p. 2-3.

VASCONCELOS, F. L. Correlação entre variáveis preditoras de estresse e o nível de estresse. Diss. Dissertação de Mestrado, **Universidade Católica de Brasília**, Brasília, Brasil, 2005.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

ZAMPIERIL, J. A. S.; DELIBERATO, P. C. P.; BARROS, I. G. P. Avaliação da qualidade de vida dos funcionários do cartório do 1º Ofício da cidade de Diamantino-MT através do questionário SF-36. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 7, n. 21, p. 32-35, 2009.

ZANELLI, J. C. (Coord.). **Estresse nas organizações de trabalho**: compreensão e intervenção baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Apêndices



APÊNDICE A

Caracterização sócio-demográfico e ocupacional

Departamento/Setor _____ Turno: _____

I – Caracterização Sócio-demográfica

1. Idade: _____
2. Sexo: (1) feminino (2) masculino
3. Religião: (1) sim (2) não
5. Qual? _____
4. Cor da Pele: (1) branca (2) amarela (3) parda (4) preta (5) indígena
5. Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) divorciado (4) separado/desquitado (5) viúvo
6. Anos de Estudo: _____
7. Escolaridade: (1) fundamental (2) médio (3) superior (5) EJA (ensino de jovens e adultos/supletivo) (6) especialização (7) mestrado (8) doutorado
8. Profissão: _____
9. Ocupação: _____
10. Renda familiar (RF) em salário mínimo: _____
11. Nº Dependentes da Renda Familiar: _____

II – Caracterização Ocupacional

12. Data de admissão na UEL: ___/___/___
13. É (1) Readaptado? (2) Readequado? Temporariamente ou definitivamente? _____
14. Há quanto tempo é readaptado/readequado? _____
15. Quanto tempo trabalhou até ser readaptado/readequado? _____
16. Qual o motivo da readaptação/readequação? _____
17. Tem restrição pela Perícia Médica? (1) sim (2) não Que tipo de restrição?

18. Qual ocupação/atividade(s) desempenha atualmente? _____
19. Em que setor trabalha atualmente? _____
20. Carga horária diária atual: _____ horas/dia
21. Jornada semanal atual: _____ horas/semana

22. Turno: (1) Manhã (2) Tarde (3) Integral (4) Noite (5) Revezamento (6) Outro_____

23. Posição adotada para o trabalho:

(1) sentada (2) em pé (3) caminhando (4) alternância (5) outra:_____

24. Faz horas extras? (1) sim (2) não

25. Quantas horas em média por mês: _____.

26. Qual ocupação/atividade desempenhava antes da readaptação/readequação?

27. Em que setor trabalhava anteriormente à readaptação/readequação?

28. Carga horária diária anteriormente à readaptação/readequação: _____ horas/dia

29. Jornada semanal anteriormente à readaptação/readequação: _____ horas/semana

30. Turno que trabalhava anteriormente à readaptação/readequação: (1) Manhã (2) Tarde
(3) Integral (4) Noite (5) Revezamento (6) Outro_____

31. Posição adotada para o trabalho anteriormente à readaptação/readequação:

(1) sentada (2) em pé (3) caminhando (4) alternância (5) outra:_____

32. Fazia horas extras? (1) sim (2) não

33. Quantas horas em média por mês: _____.

34. Regime de trabalho: (1) estatutário (2) temporário (3) outro: _____

35. Possui mais de um vínculo empregatício na UEL? (1) sim (2) não

36. Em qual função? vínculo 01: _____ horário: _____

vínculo 02: _____ horário: _____

37. Possui vínculos empregatícios em outras instituições? (1) sim (2) não

Ocupação: _____ Local: _____

Carga horária diária: _____ Jornada semanal: _____

38. Possuía vínculos empregatícios em outras instituições na época da readaptação/readequação?
(1) sim (2) não

Ocupação: _____ Local: _____

Carga horária diária: _____ Jornada semanal: _____

39. Por quanto tempo exerceu atividades em mais de um emprego? _____

APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido

"Estado de saúde e *stress* de trabalhadores readaptados/readequados de uma Universidade Estadual Pública."

Prezado Senhor:

O senhor está sendo convidado a participar da pesquisa "Estado de saúde e *stress* de trabalhadores readaptados/readequados de uma universidade estadual pública", realizada na Universidade Estadual de Londrina, com o objetivo de "Avaliar o estado de saúde e *stress* dos trabalhadores readaptados/readequados da Universidade".

Sua participação consiste em responder três questionários da pesquisa. Declaro que as informações fornecidas são confidenciais e que, quando divulgados os resultados, o serão de forma geral, garantindo seu anonimato.

Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação.

Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, bem como serão garantidas as indenizações, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Garantimos que o senhor tem total liberdade de se recusar a participar da pesquisa, ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos para seu atendimento ou de seus familiares.

Eventuais dúvidas poderão ser esclarecidas com a pesquisadora Pâmella Cacciari, Av: Garibaldi Deliberador, 99, telefone: 33211333, ou em consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371 – 2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 2012.

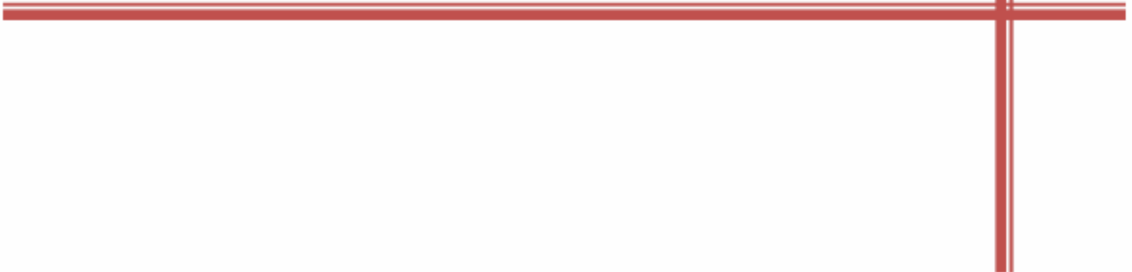
Pesquisador Responsável:
Pâmella Cacciari RG: 43.90221-6

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Anexos



ANEXO A

Medical outcomes study 36 (*mos sf-36*) – item short-form health survey

ESTADO GERAL DE SAÚDE – SF 36 – Versão em português do Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey.

Instruções: Esta parte da pesquisa questiona vocês sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde (circule uma alternativa)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

2. Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma alternativa)

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

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule uma em cada linha)

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

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha)

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

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

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

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma alternativa)

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

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma alternativa)

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

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)? (circule uma alternativa)

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

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

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

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma alternativa)

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um número em cada linha)

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

ANEXO B

Decreto nº 6.805

Decreto 6805 - 19 de Dezembro de 2012

Publicado no Diário Oficial nº. 8862 de 19 de Dezembro de 2012

Súmula: Dispõe sobre normas e procedimentos referentes à readaptação na Administração Direta e Autárquica do Poder Executivo, inclusive as Instituições de Ensino Superior do Estado do Paraná.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos V e VI do art. 87 da Constituição Estadual e tendo em vista o disposto nos artigos 119 e 212 da Lei nº 6174/70,

DECRETA:

Art. 1º Os pedidos de afastamento temporário de função e de readaptação para servidores da Administração Pública Direta e Autárquica do Poder Executivo, inclusive as Instituições de Ensino Superior do Estado do Paraná, deverão obedecer as normas e os procedimentos previstos neste Decreto.

Art. 2º O afastamento temporário de função e a readaptação importarão na mudança de função dentro do mesmo cargo público, em atribuições e responsabilidades compatíveis com a superveniente limitação da capacidade física e/ou psíquica do servidor, para as hipóteses em que a concessão de licença para tratamento de saúde ou aposentadoria por invalidez não mais se justifica.

Art. 3º O afastamento temporário de função e a readaptação não acarretarão redução de vencimentos.

Art. 4º Compete à chefia imediata do servidor que estiver com sua capacidade física e/ou psíquica reduzida não atribuir sobrecarga de trabalho além da jornada diária, sendo de responsabilidade da unidade de recursos humanos o monitoramento de situações a fim de preservar a saúde do servidor.

Art. 5º Compete à perícia médica oficial do Estado a avaliação dos casos que importarão em afastamento temporário de função ou readaptação de servidores públicos estaduais.

§ 1º Não compete à perícia médica oficial do Estado a avaliação de casos de afastamento temporário de função ou readaptação de servidores detentores de cargos comissionados amparados pelo Regime Geral da Previdência Social e dos contratados em regime especial na forma da Lei Complementar nº 108/05.

§ 2º Ao servidor em estágio probatório será concedida licença para tratamento de saúde conforme avaliação pericial, podendo ocorrer afastamento temporário de função ou readaptação apenas em casos de acidente de trabalho.

Art.6º O afastamento temporário de função e a readaptação poderão ocorrer ex officio ou a pedido do servidor e em qualquer situação dependerão de laudo firmado pela perícia médica oficial do Estado, a qual compete a avaliação do servidor a fim de verificar a sua condição física e/ou psíquica para o exercício das atividades de seu cargo público.

§ 1º O afastamento temporário de função e a readaptação ex officio ocorrerão por iniciativa da perícia médica oficial do Estado.

§ 2º O afastamento temporário de função e a readaptação a pedido dependerão de manifestação do servidor mediante requerimento formulado diretamente à chefia imediata ou à unidade de recursos humanos do órgão de origem, desde que existam anteriores afastamentos decorrentes de licença para tratamento de saúde devidamente concedidas pela perícia médica oficial do Estado.

Art.7º Poderá ocorrer afastamento temporário de função ou readaptação conforme avaliação da perícia médica oficial do Estado, cuja concessão precederá obrigatoriamente de licença para tratamento de saúde de, no mínimo, 180 (cento e oitenta) dias, ininterruptos ou não.

Art.8º No processo de afastamento temporário de função, a perícia médica oficial do Estado deverá enviar à unidade de recursos humanos ou à chefia imediata do servidor recomendação médica apontando as restrições relacionadas a determinadas atividades que possam ocasionar agravamento de limitação da capacidade física e/ou psíquica do servidor.

Art. 9º O afastamento temporário de função e a readaptação serão desencadeados a partir de avaliação médica por equipe multiprofissional composta de médico perito, psicólogo e assistente social, em casos com precedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias de concessão de licença para tratamento de saúde, ininterruptos ou não.

Art.10 O afastamento temporário de função terá duração máxima de 360 (trezentos e sessenta) dias contados a partir do laudo pericial e poderá ser reavaliado a qualquer tempo mediante convocação ex officio, a requerimento do servidor, da chefia imediata ou da unidade de recursos humanos.

Art. 11 Ocorrida a avaliação médica no decurso ou término do afastamento temporário de função, decorrerá:

I - retorno do servidor às atividades específicas do cargo;

II - continuidade do afastamento temporário de função;

III - recomendação de contra-indicação de atividades diversas do laudo inicial, consideradas as restrições de saúde física e/ou psíquica apresentadas pelo servidor na nova avaliação;

IV - transformação do afastamento temporário de função em readaptação;

V - recomendação de encaminhamento para processo de aposentadoria por invalidez.

Art. 12 A readaptação será precedida pelo afastamento temporário de função.

§ 1º A readaptação será concedida mediante avaliação da equipe multiprofissional da perícia médica oficial do Estado sempre que se constatar modificações no estado físico e/ou psíquico do servidor que inviabilize a realização das atividades inerentes a seu cargo, aproveitando-se a sua capacidade laborativa residual.

§ 2º Em caso de concessão de readaptação, as atividades recomendadas pela perícia médica oficial do Estado deverão ser desempenhadas sem restrições, não podendo ocorrer concessão de licença para tratamento de saúde pela mesma patologia que motivou o afastamento de função, salvo nos casos de reagudização clínica ou novos eventos patológicos que possam interferir no desempenho das novas atividades.

Art. 13 Em caso de incapacidade definitiva para o serviço público, o servidor será encaminhado para aposentadoria por invalidez.

Art.14 Em caso de acúmulo legal de cargos, competirá à perícia médica oficial do Estado determinar as restrições médicas para cada um dos vínculos, podendo ocorrer a indicação de afastamento temporário de função ou readaptação para apenas um dos cargos públicos.

Art.15 O servidor afastado temporariamente de função e o readaptado deverão cumprir integralmente a carga horária do cargo ocupado.

Art.16 Os casos de afastamento temporário de função e de readaptação devem seguir os seguintes procedimentos:

I - o processo de afastamento temporário de função e o de readaptação iniciarão a partir de avaliação da equipe multiprofissional, sempre precedida de, no mínimo, 180 (cento e oitenta) dias de licença para tratamento de saúde, ininterruptos ou não;

II - decorridos 90 (noventa) dias de afastamento temporário de função, a perícia médica do Estado solicitará da chefia imediata, com a anuência do servidor, o primeiro relatório de acompanhamento para afastamento de função, o qual deverá ser devolvido ao Setor de Atenção Psicossocial do órgão pericial do Estado no prazo máximo de 15 (quinze) dias, com a assinatura de ambas as partes e carimbo da chefia imediata, na forma do Anexo I;

III - os relatórios, no total de 4 (quatro), serão solicitados a cada 90 (noventa) dias e analisados pela equipe multiprofissional;

IV - decorridos 360 (trezentos e sessenta) dias, a equipe multiprofissional se reunirá para a definição do processo de readaptação;

V - concluído o processo de acompanhamento para afastamento temporário de função e em caso de avaliação favorável à readaptação, ocorrerá a avaliação das possibilidades de novas atividades a serem desenvolvidas pelo servidor readaptado por equipe conjunta composta por, pelo menos, 1 (um) representante da equipe multiprofissional da perícia médica do Estado, 1 (um) servidor da Divisão de Cargos e Salários/SEAP e 1 (um) servidor da unidade de recursos humanos do órgão de origem, na forma do Anexo II;

Art.17 Em qualquer etapa do processo de afastamento temporário de função ou readaptação, o servidor poderá ser convocado a comparecer perante a perícia médica do Estado para reavaliação e acompanhamento multiprofissional.

Art.18 O servidor readaptado será obrigatoriamente reavaliado por equipe multiprofissional a cada 2 (dois) anos.

Art.19 Sempre que convocado, o servidor em licença médica ou afastamento temporário de função ou readaptado deverá comparecer obrigatoriamente na perícia médica do Estado em dia e horário agendados, sob pena de incidência da previsão do art. 295 da Lei nº 6174/70 e infração disciplinar por desobediência ao inciso XV do art. 279 da Lei nº 6174/70.

Art.20 O afastamento temporário de função ou a readaptação poderão ser cancelados antes dos prazos previstos neste Decreto, a pedido do servidor, da chefia imediata ou da perícia médica do Estado, na ocorrência das seguintes situações:

I - quando houver melhora ou cura das condições de saúde do servidor;

II - quando for promovida a adequação de seu local de trabalho;

III - quando houver informações de que o servidor trabalha fora do serviço público em funções semelhantes daquelas que geraram o afastamento de função ou readaptação.

Art.21 A chefia imediata ou a unidade de recursos humanos, sempre que tiver conhecimento de que o servidor esteja acometido de doenças que possam interferir no exercício do cargo, deve encaminhar o servidor para a busca de tratamento médico.

Art.22 Fica delegado ao Secretário de Estado da Administração e da Previdência poderes para dirimir os casos omissos referentes à aplicação do presente Decreto.

Art.23 Este Decreto terá vigência a partir da data de sua publicação.

Curitiba, em 19 de dezembro de 2012, 191º da Independência de 124º da República.

ANEXO C

Escala de percepção de estresse

As questões nesta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os últimos 30 dias (último mês). Em cada questão indique a frequência com que você se sentiu ou pensou a respeito da situação.

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Freqüente [4] Muito Freqüente

ANEXO D

Escala transformadora dos cálculos do *mos sf-36*

Questão	Pontuação
01	1=5,0 2=4,4 3=3,4 4=2 5=1
02	Valor respondido
03	Valor respondido
04	Valor respondido
05	Valor respondido
06	1=5 2=4 3=3 4=2 5=1
07	1=6,0 2=5,4 3=4,2 4=3,1 5=2,2 6=1,0
08	<p>Se 8=1 e 7=1 Valor=6</p> <p>Se 8=1 e 7 entre 2 a 6 Valor=5</p> <p>Se 8=2 e 7 entre 2 a 6 Valor=4</p> <p>Se 8=3 e 7 entre 2 a 6 Valor=3</p> <p>Se 8=4 e 7 entre 2 a 6 Valor=2</p> <p>Se 8=5 e 7 entre 2 a 6 Valor=1</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>1=6,0 2=4,75 3=3,5 4=2,25 5=1,0</p>
09	<p>a,d,e,h= valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1)</p> <p>vitalidade = a+e+g+i Saúde mental= b+c+d+f+h</p>
10	Soma normal
11	<p>a,c= valores normais</p> <p>b,d= valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)</p>

ANEXO E

Valores da escala de estresse percebido

Computação dos escores da escala de estresse percebido

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Reis

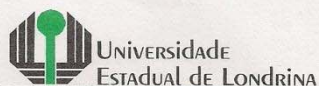
1. Os itens 4, 5, 7 e 8 são positivos e por esta razão devem ter a pontuação revertida

Ex: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 e 4 = 0

2. Após a reversão todos os itens devem ser somados.
3. O escore, obtido com a soma de todos o itens, é utilizado como medida de estresse percebido.

ANEXO F

Aprovação do comitê de ética em pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina
 Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	198/2010
CAAE:	0160.0.268.268-10
Processo:	12312/2012
Folha de Rosto:	364109
Pesquisador(a):	Pâmela Cacciari
Unidade/Órgão:	CCS – Departamento de Enfermagem

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"Estado de Saúde de Trabalhadores Readaptados e Readequados de um Hospital Universitário Público"

Emenda: Alteração da população do estudo para toda a população da Universidade.

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.

Londrina, 23 de maio de 2012.

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
 Universidade Estadual de Londrina