

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
MESTRADO EM CIÊNCIA DA SAÚDE**

ANGELA MITZI HAYASHI XAVIER

**PARCERIA ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA PARA
MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES
COM AGRAVOS CRÔNICOS.**

**São Paulo
2015**

ANGELA MITZI HAYASHI XAVIER

**PARCERIA ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA PARA
MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES
COM AGRAVOS CRÔNICOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde *Stricto Sensu* da Universidade de Santo Amaro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciência da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra Yára Juliano

Co orientadora: Prof.^a Dra Jane de Eston Armond.

**São Paulo
2015**

Xavier, Angela Mitzi Hayashi

Parceria Ensino-Serviço como estratégia para melhoria da
qualidade de vida de servidores com agravos crônicos. 2015.

127 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade
de Santo Amaro, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Yára Juliano

1. Promoção da Saúde 2. Qualidade de Vida 3. Dor 4. Exercício. I.
Juliano, Yára orient. II. Título.

*“Conheça todas as teorias, domine
todas as técnicas, mas ao tocar uma
alma humana, seja apenas outra alma
humana” Carl Jung*

Agradecimentos

À Deus por me conceder a vida, saúde e possibilidades para realizar todos os meus sonhos.

Aos meus pais por serem exemplos de tudo que é digno e bom.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos por sempre estarem comigo de qualquer forma.

Ao meu amor, por partilhar comigo todos os momentos e manter a paciência sempre.

Aos meus amigos, por fazerem a vida ficar mais leve.

À Profa Dra Yára Juliano, que me aceitou como orientada, me apoiou e incentivou esse tempo todo. Espero ter sido digna da sua confiança, pois você é um grande exemplo.

À querida amiga e incansável companheira de jornada Profa Dra Jane de Eston Armond, minha coorientadora, pelo carinho com que sempre me acolhe, por todas as nossas empreitadas desses últimos anos, pelo companheirismo, valorização, motivação e oportunidades que me oferece.

À grande amiga Cláudia Dias Ollay Kanazawa, que me permitiu fazer parte desse lindo projeto, a Capacitação para os Readaptados. Minha querida, serei eternamente grata a você.

Aos queridos professores: Patrícia Colombo, Neil Ferreira e Carolina França por partilharem conhecimento, amizade e cuidado com cada aluno.

À Universidade de Santo Amaro, em especial à Pró Reitoria de Pesquisa e Extensão por investir em mim, acreditando no meu potencial.

À Coordenadoria Regional de Saúde Sul, do município de São Paulo que gentilmente aceitou ser Co Participante nessa pesquisa.

Ao Dr Rafik Jorge Chakur e Maria Augusta Eugênio, por ajudarem na organização dos readaptados e participarem tão de perto da Capacitação. Vocês transpiram humanização.

Em especial aos readaptados que participaram dessa pesquisa, que só o são porque trabalharam muito pela saúde de outras pessoas.

RESUMO

Introdução: a qualidade de vida é teoria e prática que interessa as mais diversas áreas (saúde, publicidade, engenharia entre outras) e tem sido amplamente divulgada e questionada. Atualmente quando se fala em qualidade de vida encontram-se aspectos múltiplos e subjetivos, dificultando um consenso conceitual. Há necessidade de se considerar a percepção do indivíduo, os sentimentos, as crenças, as expectativas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” e ainda sofre influência da saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais e inter-relação com o ambiente. Vários fatores podem interferir na qualidade de vida, diminuindo a sensação de bem estar do indivíduo e há grande frequência dessa interferência através de sintomas físicos como fadiga muscular e dor e ambos podem interferir no humor e qualidade de vida. A atividade física específica pode favorecer a melhora das dores e do bem estar. **Objetivo:** Verificar o impacto de um curso sobre a qualidade de vida, em servidores públicos readaptados. **Método:** fizeram da pesquisa 33 servidores afastados ou readaptados, por doenças crônicas, da Coordenadoria Regional de Saúde – Sul da Prefeitura Municipal de São Paulo. Foram divididos em dois grupos e participaram de um curso de Capacitação sobre qualidade de vida e saúde na Universidade de Santo Amaro São Paulo. Foram aplicados questionários sobre dor, humor e qualidade de vida e dados demográficos antes e após da realização da capacitação. **Resultados:** houve significância estatística entre os diagnósticos físicos e mentais, sendo mais físicos, na percepção geral da saúde antes de depois do grupo Capacitação II, no Perfil de humor do grupo Capacitação I, nas regiões de dores do grupo Capacitação II, nas regiões de dor referidas e associada ao trabalho do grupo Capacitação II. Os demais resultados todos apresentaram diferenças entre o início e final da pesquisa. **Conclusão:** o perfil dos readaptados dessa pesquisa é compatível com as demais encontradas, houve discreta melhora nos parâmetros avaliados e satisfação quanto aos valores agregados pela capacitação, essa satisfação enfatiza o valor da parceria ensino-serviço.

Palavras chave: Promoção da Saúde, Qualidade de vida, Dor, Exercício.

ABSTRACT

Introduction: Quality of life is theory and practice that matters the most diverse areas (health, advertising, engineering and others) and has been widely publicized and questioned. Currently when it comes to quality of life multiple and subjective aspects are found, complicating a conceptual consensus. It is necessary to consider the individual's perception, feelings, beliefs, expectations. According to the World Health Organization (WHO) quality of life is "na individual's perception of his/her position in life in the context of the culture and value systems in which he/she lives, and in relation his/her goals, expectations, standards and concerns" and is still influenced by physical, psychological health, level of independence, social relationships and interrelation with the environment. Several factors can interfere in quality of life, reducing the sense of well being of the individual and there is a high frequency of this interference by physical symptoms, such as muscle fatigue and pain, and both can interfere in mood and quality of life. The specific physical activity can promote the improvement of pain and well-being. **Objective:** To verify the intervention impact through specific guidelines about the life's quality of public removed and readapted servers. **Method:** The research was made with 33 servers removed or readaptated, by chronic diseases, from *Coordenadoria Regional de Saúde – Sul da Prefeitura Municipal de São Paulo*. They were divided into two groups and took part in a training course on quality of life and health at the *Universidade de Santo Amaro São Paulo*. Questionnaires were applied on pain, mood and quality of life and demographic data before and after the completion of the training. **Results:** There were significant differences between physical and mental diagnoses, being more physical, in the general perception of health before and after the CAP II, in the CAP I POMS, in the regions of the pain in CAP II, the pain of regions referred to and associated with work of CAP II. The other results all showed differences between the beginning and end of the study. **Conclusion:** The profile of readapted from this research is compatible with the others found, there was little improvement in the evaluated parameters and satisfaction with the aggregated values by training, this satisfaction emphasizes the value of the partnership between teaching and service.

Keywords: Health Promotion, Quality of Life , Pain, Exercise

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAP I – Grupo sem capacitação anterior
CAP II – Grupo com capacitação anterior
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CGP - Coordenação de Gestão de Pessoas
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRSSUL – SP – Coordenadoria Regional de Saúde Sul – São Paulo
DESS – Departamento de Saúde do Servidor
EPS – Educação Permanente em Saúde
EVA – Escala Visual Analógica
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
LER/DORT – Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
MMII – Membros Inferiores
NEG – Negativo
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA – Pronto Atendimento
PMSP- Prefeitura Municipal de São Paulo
PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho
POMS – *Profile of Mood States*
POS – Positivo
SEMPLA – Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão
SESMT – Serviço de Engenharia e Medicina do Trabalho
SF 12 – *Medical Outcomes Study Short-Form 12*
SF 36 – *Medical Outcomes Study Short-Form 36*
ST – Saúde do Trabalhador
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 MÉTODO.....	16
3.1 Tipo de Estudo.....	16
3.2 População do estudo.....	16
3.3 Coleta de dados.....	18
3.4 Instrumentos de pesquisa	19
3.5 Procedimentos	20
3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	21
3.7 Análises Estatísticas dos resultados	22
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
4.1 Idade dos participantes.....	23
4.2 Tempo de readaptação	24
4.3 Escolaridade	25
4.5 Função após a readaptação	27
4.5.1 Função antes e depois da readaptação – CAP I.....	27
4.5.2 Função antes e depois da readaptação – CAP II.....	27
4.6 Motivo da readaptação ou afastamento	31
4.7 Queixa principal.....	32
4.7.1 Queixa principal.....	32
4.7.2 Concordância entre diagnóstico e queixa – CAP I.....	33
4.7.3 Concordância entre diagnóstico e queixa – CAP II.....	34
4.7.4 Retrato do diagnóstico e queixa – CAP I e CAP II	34
4.8 Função adequada após a readaptação.....	34
4.9 Respeito aos direitos após readaptação	35
4.10 Tratamentos realizados.....	37
4.11 Opinião sobre a capacitação – CAP I.....	39
4.12 Questionário comparativo para o grupo CAP II.....	40
4.12.1 Ano da primeira capacitação.....	41
4.12. 2 Percepção da saúde antes da primeira capacitação.	42
4.12. 3. Percepção sobre os aspectos da saúde atual	43

4.12. 4 Orientações que ainda segue	44
4.12.5 Percepção geral da saúde antes e depois da realização.	47
4.13. Questionário de incapacidade de Roland Morris.....	49
4.13.1 Comparação dos valores iniciais de finais CAP I.....	49
4.13.2 Comparação dos valores iniciais e finais CAP II.....	50
4.14. Avaliação do Perfil dos Estados de Humor.....	51
4.14.1 Perfil associado a itens positivos e negativos – CAP I	51
4.14.2 Perfil associado a itens positivos e negativos – CAP II	52
4.15 Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares	53
4.15.1. Presença de dor.....	54
4.15.2 Valores das regiões de dor referidas e regiões com dores associadas ao trabalho	55
4.15.3 Valores das regiões de dor referidas e regiões com dores associadas ao trabalho – CAP II	56
4.15.4 Presença de dores referidas em regiões do corpo, comparadas entre CAP I e CAP II	57
4.15.5 Presença de dores referidas em regiões do corpo, relacionadas ao trabalho, comparadas entre CAP I e CAP II.....	57
4.16 Escala Visual Analógica de Dor.....	59
4.16.1 Comparativo da Escala Visual Analógica	60
4.17 <i>Medical Outcomes Study Short-Form 12 – SF 12</i>	61
4.17.1 Comparativo inicial e final SF – 12 CAP I	62
4.17.2 Comparativo inicial e final SF – 12 CAP II	63
5 CONCLUSÃO	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOBRE OS DADOS DEMOGRÁFICOS	75
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADES DE ROLAND MORRIS – ADAPTADO	77
APÊNDICE C - AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS ESTADOS DE HUMOR	79
APÊNDICE D - OPINIÃO SOBRE A CAPACITAÇÃO - CAP I	81
APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO COMPARATIVO CAP II	83
APÊNDICE F - CARTILHA.....	85
APÊNDICE G - CARTA DE SOLICITAÇÃO - Coordenadoria Regional de Saúde Sul - SP.....	92
APÊNDICE H - Declaração da Coparticipante	94
APÊNDICE I - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO	96
APÊNDICE J - PARECER CEP - UNISA	99
APÊNDICE K - PARECER CEP – Secretaria Municipal de Saúde.....	102

APÊNDICE L - RELATOS DOS READAPTADOS - CAP I.....	107
APÊNDICE M - RELATOS DOS READAPTADOS - CAP II.....	110
ANEXO A - ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA	120
ANEXO B - QUESTIONÁRIO NÓRDICO DOS SINTOMAS OSTEOMUSCULARES.....	122
ANEXO C - Medical Outcomes Study Short-Form 12 - SF 12.....	124
ANEXO D- Fatores e componentes gerais da Classificação Internacional de Funcionalidade	126

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida tem sido muito discutida por todos os setores da sociedade. Discutem sobre o tema: jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas e ele abrange setores econômico, social, educacional, trabalho, emoção, saúde entre outros ⁽¹⁾. Por isso é necessário compreender sua forma multidimensional e interferência biopsicossocial que pode afetar os sentimentos e comportamento além da saúde do indivíduo ⁽²⁾.

O termo foi usado pela primeira vez em 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson quando declarou: “*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*” ⁽²⁾, porém já havia sido mencionado em 1920 por Pigou, num livro sobre economia e bem estar. A partir da Segunda Guerra Mundial o uso do termo qualidade de vida aumentou muito e foi associado à melhora do padrão de vida e obtenção de bens materiais, bem como para criticar as políticas cujo crescimento econômico era o foco principal ⁽³⁾.

Atualmente quando se fala em qualidade de vida encontram-se aspectos múltiplos e subjetivos, dificultando um consenso conceitual. Há necessidade de se considerar a percepção do indivíduo, os sentimentos, as crenças, as expectativas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” e ainda sofre influência da saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais e inter-relação com o ambiente ⁽⁴⁾.

Pode se entender então a relação entre qualidade de vida e bem estar, ambos multidimensionais. O bem estar é resultado da qualidade de vida e implica em felicidade, há pessoas que tem ótima qualidade de vida e não tem bem estar ⁽⁵⁾. As boas condições físicas e psicológicas, a integração social e independência funcional são fundamentais para o bem estar ⁽⁶⁾. Há inúmeros fatores que podem contribuir para a perda da qualidade de vida e conseqüentemente do bem estar. O estresse, o sedentarismo, maus hábitos alimentares, dificuldade ou falta de

relacionamento pessoal satisfatório, diminuição da interação social. Esses podem se tornar fatores predisponentes para as doenças da modernidade ⁽⁷⁾.

Várias doenças são de causa desconhecida, psicossomática ou ambas, como as fibromialgias, que podem ser desencadeadas por algum estresse não específico como, por exemplo, uma infecção viral, estresse psicológico ou trauma físico ⁽⁸⁾. A dor é um dos problemas de mais alta prevalência e que compromete o indivíduo de forma global, levando a sofrimento causado pela falta de tratamento até a perda de função e diminuição de produtividade, que incluem atividades domésticas e profissionais. Além de influenciar aspectos fisiológicos (sono, alimentação, postura) e psicológicos (ansiedade, irritação, depressão) e sociais (reclusão) ⁽⁹⁾.

Percebe-se que em algumas pessoas não há como definir se as doenças é que causaram a perda da qualidade de vida ou, se a qualidade de vida insatisfatória ou inadequada é que desencadeou a doença. Porém isso gera consequências graves sobre a pessoa, modificando sua vida emocional, social e profissional causando prejuízos em todos esses aspectos.

Em se tratando de qualidade de vida vários aspectos implicam ou são implicados por ela e há preocupação em melhorá-la para permitir que o indivíduo se enquadre em todos os setores da vida. Quando o bem estar se recupera o indivíduo torna-se mais integrado e conseqüentemente mais produtivo. Por isso há tanta preocupação e tantas propostas de atuação ⁽¹⁰⁾.

A atividade física exerce grande influência sobre o bem estar, mesmo um protocolo de atividades breves pode implicar nos riscos para mortalidade e proporcionar benefícios, inclusive para o humor ⁽¹¹⁾. Além disso, receber informações sobre saúde e qualidade de vida pode capacitar as pessoas sobre a influência da saúde não percebida, bem como a saúde referida no seu dia a dia e como isso pode desencadear doenças crônicas e graves.

A Saúde do Trabalhador (ST) está no campo da Saúde Coletiva e fortalece abordagens da relação trabalho e saúde da Saúde Ocupacional e da Medicina do Trabalho. A ST aborda a relação trabalho-saúde a partir da interdisciplinaridade do processo saúde-doença da classe trabalhadora. A Saúde Ocupacional incorpora práticas do conhecimento da clínica, da prevenção e epidemiologia conforme a

história natural da doença para análise das doenças e acidentes do trabalho mediante o entendimento da tríade: agente, hospedeiro e ambiente, proposto desde 1950 pela Organização Internacional do Trabalho (OIT)/ OMS⁽¹²⁾.

Uma vez estabelecida a relação entre o trabalho, a qualidade de vida, bem estar, atividade física e após relatos informais de colaboradores públicos readaptados da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Prefeitura Municipal de São Paulo que participaram do Curso de Capacitação para Readaptados, realizado em parceria com a Universidade de Santo Amaro, como contrapartida de estágio, houve interesse em quantificar o impacto dessa intervenção sobre a dor, o humor e a qualidade de vida desses colaboradores.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever o impacto de um curso sobre a qualidade de vida, em servidores públicos readaptados.

2.2 Específicos

- Descrever em relação aos servidores: as características pessoais, profissionais;
- Verificar a percepção sobre a condição física e humor,
- Verificar as sensações dolorosas referidas e a percepção da qualidade de vida.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Foram realizados os estudos individuados de intervenção tipo ensaio clínico comparado.

3.2 População do estudo

Fizeram parte desse estudo 33 funcionários afastados ou readaptados da CRSSUL – SP, dos quais 22 já haviam participado de outras capacitações ministradas pela pesquisadora e 11 ainda não. Todos eles fazem parte do grupo de readaptados que funciona regularmente sob coordenação do Dr Rafik Jorge Chakur, tendo todos os diagnósticos de agravos crônicos físicos ou mentais. Esse grupo constitui num espaço de discussão e escuta sobre respeito e direitos dos readaptados, encontram-se semanalmente. A partir da coordenação desse grupo foram solicitadas nos anos de 2012 e 2013 capacitações para os readaptados, que abordou assuntos referentes a qualidade de vida deles. As capacitações eram compostas por aulas teóricas e práticas, ministradas na Universidade de Santo Amaro.

Há na Prefeitura Municipal de São Paulo o Programa Saúde e Trabalho – Eixo da Readaptação Funcional e Reabilitação Profissional no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde que propõe o acolhimento e acompanhamento dos colaboradores públicos readaptados, com restrição de função ou reabilitação profissional e se preocupa com o retorno ao trabalho sem prejuízos a sua condição física⁽¹³⁾.

O quadro mostra o número de funcionários readaptados no Município de São Paulo, entre 2010 e 2012.

Ano	Readaptados	Servidores Ativos	Índice
2010	11.159	134.343	8 %
2011	11.512	131.993	9 %
2012	11.804	131.147	9 %

Quadro 1: Número de funcionários readaptados.
Fonte: Prefeitura Municipal de São Paulo⁽¹⁴⁾, 2013

A distribuição dos servidores readaptados, por diagnóstico osteomuscular segundo o grupo de diagnóstico conforme a CID (Classificação Internacional de Doenças) demonstra a frequência das doenças.

Grupo de diagnóstico	2010	2011	2012
Artropatias	915	961	994
Doenças Sistêmicas do tecido conjuntivo	44	46	48
Dorsopatia	1753	1751	1749
Transtornos Tecidos moles	1219	1223	1210
Osteopatias e condropatias	45	41	49
Outros transtornos sistema osteomuscular	6	5	3
Total	3982	4027	4053

Quadro 2: Diagnóstico dos funcionários readaptados.
Fonte: Prefeitura Municipal de São Paulo⁽¹⁴⁾, 2013

Os programas de qualidade de vida do trabalhador readaptado se propõem a promover atividades físicas, orientações sobre alimentação, bem estar, lazer, estresse, humor, que procuram motivar e tirar o foco das tensões diárias resultantes de pressões no trabalho oriundas da própria dificuldade em realizar as atividades pelas limitações impostas pela patologia presente. Assim se estrutura o grupo de readaptados da Coordenadoria Regional de Saúde Sul – São Paulo (CRSSUL-SP).

Todos os 90 servidores readaptados foram convidados pela coordenação do Grupo para comparecerem Paço Cultural Júlio Guerra, Pça Floriano Peixoto, 131 Santo Amaro - São Paulo/SP, 04750-030, conhecido como Casa Amarela, local das

reuniões semanais do grupo. Compareceram 22 que já haviam participado de capacitações anteriores e 13 que não haviam participado, desses, 11 formaram o grupo que realizou a primeira capacitação, ou seja, não havia sido capacitado antes e foi chamado de CAP I e 22 o segundo grupo, que já havia feito a primeira capacitação entre 2012 e 2013, totalizando 33 indivíduos.

Conforme material cedido pelo Coordenador da Oficina de Acolhimento para servidores com restrição ou adaptação de função da CRSSUL – SP, Dr Rafik Jorge Chakur, segundo o perfil demográfico, à época (nov/2014) havia 89 servidores em processo de readaptação funcional e/ou restrição de função na referida Coordenadoria. Desses 72 são mulheres e 17 homens, cujos diagnósticos são patologias osteomusculares (47), emocionais (24) e outras especialidades (18). A idade varia entre 20 e 70 anos e a maioria encontra-se entre 51 e 60 anos (44 indivíduos). A maioria (43) está readaptada ou afastada há até 5 anos⁽¹⁾.

3.3 Coleta de dados

Foram recrutados 90 indivíduos pelo Coordenador da Oficina de Acolhimento para servidores com restrição ou adaptação de função da CRSSUL – SP, dos quais compareceram 35 e foram divididos em Grupo sem capacitação anterior (CAP I) – 11 indivíduos e Grupo com capacitação anterior (CAP II) – 22 indivíduos. Após isso os indivíduos consentiram espontaneamente conforme assinatura do TCLE, responderam as escalas/questionários, que foram recolhidos imediatamente após o preenchimento. Ambos responderam o mesmo questionário (APÊNDICE A) e as escalas/questionários (ANEXOS A, B e C) na primeira reunião. Todas as escalas/questionários foram explicadas ao grupo simultaneamente e detalhadamente, item por item, bem como a Carta de Esclarecimento ao Sujeito da Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O grupo CAP I iniciou o curso e ao final de 30 dias, foram convidados a responderem novamente os mesmos questionários e escalas do início. Após o término do Curso do grupo CAP I foi iniciada a capacitação para o CAP II.

1. Dados coletados a partir de entrevista pessoal com o coordenador do programa.

3.4 Instrumentos de pesquisa

Foram verificados os índices de dor referida, humor e percepção da qualidade de vida antes e depois da participação da Capacitação com orientações e práticas específicas.

Para isso utilizou-se para ambos os grupos os mesmos instrumentos antes do início do curso e imediatamente ao final e um questionário somente ao início (APÊNDICE A), com vistas a estabelecer o perfil dos respondentes. A Escala Visual Analógica (ANEXO A) para quantificar a dor. Essa escala é uma medida unidimensional de intensidade de dor composta por uma linha horizontal ou vertical de exatamente 10 cm de comprimento, em cada extremidade a intensidade da dor, que varia de 0, “nenhuma dor” a 10 “pior dor possível” nas últimas 24hs, o próprio indivíduo preenche. A escala é medida em milímetros com uma régua e os escores são: sem dor (0-4 mm), dor leve (5-44 mm), dor moderada (45-74 mm) e dor intensa (75 -100 mm) ⁽¹⁵⁾.

O Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares⁽¹⁶⁾ (ANEXO B). Esse questionário identifica distúrbios osteomusculares e compreende um desenho representativo do corpo humano, correspondendo a todas as regiões anatômicas e consiste em escolhas múltiplas quanto a ocorrência desses sintomas nas respectivas regiões. O indivíduo deve responder a ocorrência dos sintomas entre doze meses e os últimos sete dias precedentes à entrevista.

O Questionário de Incapacidades de Roland Morris^(17,18) – adaptado para essa pesquisa (APÊNDICE B) para graduar as incapacidades. Originalmente esse questionário se refere somente a dores nas costas, porém houve adaptação para dores globais ou inespecíficas, e consta de 24 itens com pontuações de zero (não) ou 1 (sim) e o total varia de zero (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave). É uma medida simples e rápida, fácil de calcular e analisar. Possui boa validade, confiabilidade e responsividade para medida de incapacidade física causada por dor crônica e tem boas correlações com o SF-36. Foi validado em 12 línguas⁽¹⁹⁾.

A avaliação do Perfil dos Estados de Humor – *Profile of Mood States* (POMS) (APÊNDICE C) para verificar o estado de humor. A versão apresentada neste trabalho foi composta por 22 itens, para verificar a tensão e ansiedade, depressão e

melancolia, hostilidade e ira, inércia e fadiga, vigor e atividade, confusão e desorientação ⁽²⁰⁾. Nessa pesquisa os itens foram agrupados por semelhança para facilitar o preenchimento.

Para avaliar a percepção da Qualidade de Vida será utilizado o *Medical Outcomes Study Short-Form 12*, uma versão concisa do SF 36, validado no Brasil ⁽²¹⁾. A escolha para essa pesquisa justifica-se pela aplicabilidade, esse instrumento avalia as oito dimensões: função física, aspecto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental. A pontuação varia de 0 a 100, sendo os maiores escores associados à melhor qualidade de vida ⁽²²⁾ (ANEXO C).

Ao final das capacitações o grupo CAP I recebeu outro questionário para avaliar o conteúdo e forma de ministrar o curso (APÊNDICE D) e ao início do curso do grupo CAP II, os indivíduos também responderam um questionário sobre a percepção da saúde antes da primeira capacitação (2012 ou 2013) e atualmente e as orientações que ainda seguem (APÊNDICE E).

3.5 Procedimentos

Foram realizados 4 encontros de 4 horas de duração cada, para ambos os grupos, entre agosto e setembro o grupo que nunca havia participado da capacitação (CAP I), composto por 11 indivíduos. Esses ao final responderam novamente os mesmos questionários anteriores, que foram chamados de finais. Entre setembro e outubro foram realizados igualmente 4 encontros de quatro horas de duração cada um para o grupo que já havia participado das capacitações anteriormente, entre 2012 e 2013, foram 22 servidores que compuseram o grupo II (CAP II). Esse grupo, ao início da capacitação respondeu novamente os questionários anteriores, que também foram chamados de finais.

Para o CAP I após Consentimento do participante foi iniciado o Curso de Capacitação para Readaptados, cujo tema foi: Saúde e Qualidade de vida, ministrado pela fisioterapeuta e autora dessa pesquisa, durante o qual foram orientadas atitudes que visam influenciar na qualidade de vida dos servidores participantes. O conteúdo foi teórico e prático e entregue uma cartilha para acompanhamento e anotações pessoais (APÊNDICE F). A teoria foi composta por

cinco temas: dor e auto-massagem, postura e ergonomia, programa de exercício e bem estar e saúde.

Na aula sobre dor foram definidos os tipos de dor, o ciclo da dor e a auto-massagem será conceituada e houve orientações práticas de percepção de pontos tensionados e auto massagem com aplicação em pontos específicos de *do in*. No segundo tema foram apresentados os conceitos de postura e ergonomia e orientações a respeito de posturas consideradas mais adequadas para sentar, deitar, andar e realizar algumas atividades domésticas e profissionais. Foram realizadas atividades práticas de relaxamento. Na terceira etapa foram praticados exercícios de alongamento e fortalecimento e a teoria discorreu os conceitos teóricos dos exercícios, seus benefícios e sequência adequada para realização de atividades. No último encontro houve exposição e orientação a respeito de hábitos de vida saudável e a importância do lazer e momentos de descontração no dia-a-dia.

O CAP II recebeu uma capacitação diferenciada com os seguintes temas: artrite, artrose, osteoporose, hérnia de disco, envelhecimento e saúde mental. Os temas foram abordados sob aspectos anatômicos, fisiopatológicos, sintomatológicos, prevenção e cuidados, enfatizando a promoção e prevenção, bem como a influência no bem estar e qualidade de vida. Foram inclusas vivências práticas de consciência corporal, fortalecimento e alongamentos.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Para realização da pesquisa foi solicitado a Coordenadora da CRSSUL-SP (APÊNDICE G) a autorização para abordagem dos funcionários afastados ou readaptados, cujo projeto foi aprovado e o referido órgão passou a ser Coparticipante dessa pesquisa (APÊNDICE H). Todos os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE I), no qual o sujeito ficou ciente de todos os riscos e constrangimentos eventuais dessa pesquisa. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santo Amaro – CEP – UNISA, sob CAEE 36401114.5.0000.0081 e Parecer 806.976 (APÊNDICE J) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, Parecer

1.199.014 (APÊNDICE K) e a pesquisa iniciada somente após aprovação do mesmo em ambas as instâncias.

3.7 Análises Estatísticas dos resultados

Para a análise estatística dos resultados foram aplicados os seguintes testes:

1. Teste do Qui-quadrado ou teste exato de Fisher⁽²³⁾, para estudar possíveis associações entre as variáveis.

2. Teste de Mann-Whitney Siegel⁽²³⁾, para comparar os grupos CAP I e CAP II em relação aos valores Δ % calculado:

$$\Delta\% = \frac{\text{Inicial}}{\text{Final}} \times 100$$

3. Teste Wilcoxon Siegel⁽²³⁾, para comparar os valores das variáveis observadas nos períodos inicial x final.

4. Análise de variância de Friedman Fisher⁽²³⁾, para estudar as possíveis diferenças entre sintomas ou sinais tanto para o CAP I, quanto para o CAP II.

5. Teste de concordância Siegel⁽²³⁾, com o objetivo de estudar as concordância entre as avaliações dos diagnósticos e das queixas referidas pelos entrevistados. Este teste foi aplicado separadamente para os grupos CAP I e CAP II.

Fixou-se em 0.05 ou 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados e a discussão serão apresentados na seguinte sequência: dados da CAP I e CAP II, subdivididos em idade, tempo de readaptação, escolaridade, função na admissão, função após a readaptação, motivo da readaptação, queixa principal, se considera a função após a readaptação adequada bem como seus direitos respeitados na unidade onde trabalha. Para os indivíduos do CAP I somente as impressões sobre a capacitação foram avaliadas e para o CAP II, o ano da primeira capacitação, a percepção sobre aspectos físicos, mentais e emocionais da saúde antes da primeira capacitação, as orientações que ainda seguem e as impressões sobre os domínios da saúde atualmente.

Nos resultados à seguir para o questionário de incapacidades de Roland Morris (adaptado) serão apresentados resultados de 24 itens utilizados para essa pesquisa. A avaliação do Perfil dos Estados de Humor – *Profile of Mood States* - POMS (adaptada) apontará o estado de humor dos indivíduos de ambos os grupos em 22 itens. Os resultados do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares serão apresentados em duas etapas: presença e ausência de dores e a percepção entre as dores referidas e as decorrentes do trabalho. Serão ainda apresentados os resultados da Escala Visual Analógica e o *Medical Outcomes Study Short-Form 12* – SF 12 para ambos os grupos.

4.1 Idade dos participantes

	\bar{x}	Mi
CAP I	50,7	54,0
CAP II	57,7	57,5

Teste de Mann-Whitney

$z=1,64$ $p=0,1006$ (ns)

A idade dos participantes oscilou bastante entre os dois grupos sendo a menor idade presente no grupo CAP I (32 – 63 anos). Já no CAP II a média de idade foi mais alta (48 – 67 anos). Conforme o teste de Mann-Whitney, não houve significância estatística entre os grupos.

A capacidade para o trabalho diminui a partir dos 45 anos, coincidindo com a amostra dessa pesquisa. Isso pode ser atribuído às alterações fisiológicas do envelhecimento, principalmente na mulher (maioria nesse estudo: CAP I 81,8% e CAP II 90,9%) e também ao aparecimento de doenças ocupacionais em função do tempo de exercício da profissão e agravamento de doenças pré-existentes⁽²⁴⁾. A idade média dos funcionários readaptados da Prefeitura Municipal de São Paulo, considerando todas as secretarias era de 52 anos, conforme o Atlas Municipal de Gestão de pessoas⁽¹⁴⁾ (PMSP, 2013).

4.2 Tempo de readaptação

	\bar{x}	Mi
CAP I	2, 2	1,0
CAP II	9,9	9,5

Teste de Mann-Whitney

Cap II > Cap I

$z = 4,08$ $p < 0,0001$

O tempo de readaptação também oscilou bastante entre os grupos. No CAP I a média de tempo foi 2,4 anos e um dos indivíduos ainda não estava readaptado. Nele o período máximo foi 9 anos, enquanto que no CAP II foi 20 anos.

Nota-se que o CAP II, que apresentou mais idade também tem maior tempo de readaptação, porém não coincidentes. O indivíduo mais idoso do CAP II, com 67 anos tem 3 anos de readaptação e o indivíduo que tem 20 anos de readaptação tem 54 anos. Ao contrário do que se espera, a readaptação tem mais relação com a função exercida e as predisposições individuais do que com a idade. A maioria dos trabalhadores procura tardiamente o tratamento, muitas vezes pelo medo de perder o emprego no setor privado ou o posto de trabalho e a própria dificuldade de acesso ao tratamento, o que torna o problema cada vez mais grave e crônico⁽²⁵⁾.

A Readaptação Funcional está prevista na Seção XI – da readaptação, da Lei Municipal nº 8.989, de outubro de 1979 – Estatuto do Funcionário Público Municipal e no Decreto Municipal nº 33.801, de 10 de novembro de 1993. Também é definida no Art. 39 da Lei Municipal nº 8.989/79 como “a atribuição de atividades compatíveis com a capacidade física ou psíquica do servidor, que dependerá sempre de exame

médico⁽²⁶⁾. Apesar de ser uma lei a readaptação também é estigmatizada, fragilizando ainda mais o indivíduo.

4.3 Escolaridade

	Superior %	Médio %	Fundamental %
CAP I	27,3	72,7	0
CAP II	13,6	72,7	13,6

Teste do quiquadrado
 $\chi^2 = 2,25$ $p = 0,3247$

Na escolaridade para ambos os grupos predominou o ensino médio. Conforme a formação e profissão da maioria dos indivíduos da amostra. Segundo Carreiro⁽²⁷⁾, 2014, mesmo tendo graduação superior alguns jovens prestam concurso público para graus inferiores em função da concorrência. Alguns indivíduos dessa amostra concluíram curso superior e mantêm-se no cargo para a graduação média e outros inclusive exercem funções paralelas às que exercem na prefeitura.

4.4 Função na admissão

	CAP I	%	CAP II	%
Auxiliar de enfermagem	7	63,6	11	50
Agente de apoio	1	9,1	2	9,1
Servente	0	0	2	9,1
Atendente de enfermagem	0	0	2	9,1
Agente de saúde	0	0	2	9,1
Enfermeiro	1	9,1	1	4,5
Auxiliar de cozinha	0	0	1	4,5
Eletricista	0	0	1	4,5
Agente de zoonose	2	18,2	0	0
Total	11		22	

Para ambos os grupos a função de auxiliar de enfermagem é a que mais aparece entre os readaptados. No grupo CAP I chama atenção um dado: dois servidores agentes de zoonose apresentaram como diagnóstico a reação alérgica (intoxicação) por produto químico. A insalubridade por riscos químicos deve ser considerada pela gestão de trabalho com parte do ambiente de trabalho, assim

como os riscos físicos e ergonômicos⁽¹²⁾. Em 1992 Jacques Christophe Dejours, apoiou-se na Psicopatologia para a associação entre adoecimento psíquico ao trabalho. Posteriormente considerou a subjetividade e as estratégias individuais desenvolvidas para lidar com o sofrimento causado pelo trabalho, culminando na Psicodinâmica do Trabalho⁽²⁸⁾, teoria atualmente amplamente utilizada nas discussões sobre estresse relacionado ao trabalho.

Silva⁽²⁹⁾, numa pesquisa identificou problemas de saúde que acometem os trabalhadores de saúde atendidos no PA de um hospital do Paraná. Verificou-se que em dois anos (2008-2010) foram atendidos 4.224 trabalhadores da saúde no referido PA. Predominaram atendimentos por classes que desempenham trabalhos diretos e ininterruptos com pacientes; marcadamente os da área da enfermagem: 49% auxiliares, 10% enfermeiros, 10% técnicos em enfermagem e 0,5% atendentes de enfermagem. O que coincide com o perfil dessa amostra.

A equipe de enfermagem está no grupo mais vulnerável a riscos de adoecimento por causas físicas, químicas, biológicas e psíquicas. Entre eles a complexidade dos procedimentos, responsabilidade na tomada de decisões, os acidentes de trabalho, as interrupções decorrentes de imprevistos, prazos, turnos de trabalho, escassez de profissionais, falta de apoio gerencial, contato com a dor do paciente e dos familiares. Todos esses fatores tendem a aumentar a angústia e a ansiedade⁽²⁸⁾, além da enorme sobrecarga física.

Conforme Machado et al⁽³⁰⁾, 2014, numa pesquisa com trabalhadores de enfermagem de um hospital público da Bahia a presença de doenças ocupacionais diagnosticadas por médico do trabalho foi informada por 14,3% (44) da população estudada. Entre os enfermeiros, 7,1% (06) referiram alguma doença, frequência que aumenta para 17,2% (38) entre os técnicos e auxiliares.

Uma das pessoas, auxiliar de enfermagem, que compunha a amostra fez o seguinte comentário: “*a gente precisa trocar o pneu com o carro andando*”. Isso pode traduzir como é a organização do trabalho com relação ao ritmo, organização, cobrança de resultados. O que também pode ser observado no trabalho de Barros e Honório⁽²⁸⁾.

Relacionando a escolaridade a função na admissão nota-se que apenas dois indivíduos, entre 33 dos dois grupos exercem função de nível superior.

4.5 Função após a readaptação

Mudança de função após a readaptação.

	Sim	Não	Total	% sim
CAP I	6	5	11	54,4
CAP II	10	12	22	45,5
Total	16	17	33	48,5

Teste do Quiquadrado
 $\chi^2 = 0,24$ $p = 0,6223$

Houve significância estatística, praticamente metade dos indivíduos da amostra mudou de função após a readaptação. As mudanças que ocorreram para ambos os grupos serão apresentadas nos quadros a seguir.

4.5.1 Função antes e depois da readaptação – CAP I

	Antes	Depois	%
1	Agente de apoio	Orientação e acolhimento	9,1
1	Auxiliar de enfermagem	Orientação e acolhimento	9,1
5	Auxiliar de enfermagem	Auxiliar administrativo	45,5
1	Enfermeiro	Orientação e acolhimento e Auxiliar administrativo	9,1
1	Agente de zoonose	Agente de apoio	9,1
1	Agente de zoonose	Auxiliar administrativo	9,1
1	Auxiliar de enfermagem	Não readaptado	9,1

4.5.2 Função antes e depois da readaptação – CAP II

	Antes	Depois	%
1	Servente	Agente de apoio	4,5
1	Auxiliar de cozinha	Recepção	4,5
1	Servente	Recepção	4,5
1	Agente de apoio	Auxiliar administrativo	4,5
1	Agente de saúde	Auxiliar administrativo	4,5
5	Auxiliar de enfermagem	Auxiliar administrativo	22,7
12	Várias	Não mudaram	54,5

Do CAP II, 12 indivíduos não mudaram de função após a readaptação. As mudanças ocorreram para 22,72% dos auxiliares de enfermagem do total da amostra. A mudança de função ocorre por sugestão da gerência e muitas vezes não há preparo do posto que receberá o readaptado e nem dele próprio. Segundo Toldrá et al⁽²⁴⁾, 2010, os trabalhadores quando retornam ao trabalho às vezes são colocados em funções incompatíveis com seu quadro clínico funcional ou com sua formação e qualificação, ou ainda, simplesmente deixados à margem do processo produtivo, reforçando as experiências de fracasso e frustração já impostas pela condição funcional.

Sensível a isso, a CRSSUL – SP solicitou à Universidade de Santo Amaro uma capacitação em humanização – Humanização na sua significância, para os gerentes de unidades de saúde. Em 2014 foram capacitados 66 funcionários (gerentes ou administrativos). O foco dessa capacitação foi a readaptação funcional e dentre os assuntos abordados, a ambiência e a Classificação Internacional de Funcionalidade.

Quando o funcionário municipal é readaptado houve um longo processo pelo qual ele já passou. São necessárias várias perícias e exames. A fim de esclarecer esse fluxo, foi criado o Manual de Readaptação, Restrição Funcional e Reabilitação Profissional⁽¹³⁾ elaborado em 2012 pela Coordenação de Gestão de Pessoas da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Esse Manual foi criado a partir da preocupação da Coordenação de Gestão de Pessoas com os profissionais readaptados ou com restrições de função ou reabilitado profissional e o seu retorno e reinserção no trabalho de forma adequada à sua condição atual. Descreve o fluxo a partir da solicitação para a readaptação funcional/restrrição até o retorno ao trabalho. Ele define como readaptação funcional ou restrição de função a atribuição de atividades compatíveis à capacidade física ou psíquica, que depende de exame médico-pericial realizado pelo Departamento de Saúde do Servidor – DESS, da Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão – SEMPLA.

Ele também é um importante instrumento para as unidades de Gestão de Pessoas, pois contempla a legislação referente a área de saúde do servidor

municipal, bem como detalha procedimentos a serem observados pelos recursos humanos e pelos servidores para obterem os seus direitos.

No referido Manual também consta a Readaptação Profissional que procura tornar o indivíduo apto as atividades profissionais, proporcionado meios de adaptação compatíveis com suas limitações, por intermédio do Serviço de Engenharia e Medicina do Trabalho – SESMT. Ainda por ele há a Avaliação do Potencial Laborativo, para definir a real capacidade de retorno do funcionário ao trabalho e consiste na análise global de perdas funcionais; funções que se mantiveram conservadas; potencialidades e prognósticos para o retorno ao trabalho; habilidades e aptidões; potencial para aprendizagem; experiências profissionais e situação empregatícia; nível de escolaridade; faixa etária e mercado de trabalho. Está vinculada à documentação encaminhada pelo Instituto Nacional de Seguro Social – INSS.

A reabilitação profissional consiste na reinserção do trabalhador e abrange aspectos sanitários, previdenciários, sociais e legais. O Ministério da Previdência Social, através do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) é responsável por isso. Já a reabilitação física e psicossocial faz parte da área assistencial e do setor de saúde, por profissionais específicos a fim de eliminar ou reduzir a incapacidade⁽³¹⁾.

Percebe-se pelos dados relativos à função após a readaptação que a realocação dos funcionários é questionável com relação aos itens acima. Em ambos os grupos as funções atuais não coincidem com as da admissão e não se sabe se houve treinamento ou os indivíduos tiveram suas opiniões ouvidas e tempo de adaptação ao setor, o que pode gerar mais insalubridade, desentendimentos na equipe e atendimento inadequado ao usuário. Deixando claro quanto é difícil associar o diagnóstico médico da Readaptação e Restrição Funcional à Reabilitação Profissional.

A fim de minimizar os impactos sobre a relação entre o diagnóstico médico e a função real que o trabalhador pode desempenhar no seu cargo, possibilitando a prestação da assistência continuada e fortalecendo as possibilidades do exercício de cidadania por parte dos trabalhadores, foi proposto o uso da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), associada à Classificação Internacional de

Doenças (CID)⁽³¹⁾. O maior diferencial entre o modelo médico, a CID, é que a CIF propõe um modelo biopsicossocial.

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), proposta pela Organização Mundial de Saúde, cujo objetivo é proporcionar uma unificação, padronização e estruturação da descrição da saúde e de estados relacionados à ela e principalmente possibilitar a codificação de várias informações, permitindo a integração sobre a saúde e a capacidade entre várias ciências. A CID – diagnóstico da doença e a CIF - funcionalidade complementam-se. A CIF classifica os componentes que identificam a saúde e as consequências, ou o impacto dessa na pessoa. Ela se aplica a todas as pessoas, não somente a incapacitados, ela é de aplicação universal⁽³²⁾.

A CIF descreve os aspectos e componentes da saúde e bem estar em domínios de saúde e domínios relacionados com a saúde, organizados em dois fatores, funcionalidade e incapacidade – funções do corpo e estruturas do corpo e atividades e participação e fatores contextuais – fatores ambientais e pessoais.

Cada um desses fatores apresenta quatro componentes e define funcionalidade a interação das funções do corpo, atividades e participação (OMS, 2004). Assim sendo considera-se fatores ambientais – a ambiência no trabalho e na reabilitação ocupacional (ANEXO D).

Essa classificação foi proposta pelo INSS, apesar de grande valia, sua aplicação ainda é limitada. Caso fosse aplicada seria possível estabelecer exatamente o nível de funcionalidade e capacidade do indivíduo, o que facilitaria para a gerência no momento de estabelecer uma função mais adequada, pois além do diagnóstico e limitações apontadas pelos laudos se consideraria também as capacidades e desejos do indivíduo, tudo isso padronizado.

Quando os trabalhadores sofrem modificações na estrutura do serviço, exigindo adequações, podem surgir novos riscos ocupacionais. Essa realidade é mais evidente nos serviços de atendimento de urgência e emergência, conhecidos como Pronto Atendimento (PA), local de trabalho da maioria dos indivíduos desta pesquisa. A demanda do serviço expandiu, aumentou o número e gravidade das condições dos pacientes, a imprevisibilidade da demanda, da gravidade e da

complexidade, bem como a diversificação das equipes que ali atuam representam alguns dos desafios para os trabalhadores envolvidos⁽²⁹⁾.

A reabilitação profissional só ocorre plenamente quando há a inserção da pessoa no trabalho, permitindo sua integração social. Para isso ocorrer devem ser proporcionadas atividades terapêuticas e de profissionalização que abranjam o indivíduo como um todo e o fortaleça para superar as dificuldades impostas por suas incapacidades⁽³³⁾, a CRSSUL – SP tem um grupo terapêutico específico para os readaptados.

4.6 Motivo da readaptação ou afastamento

	CAP I		CAP II		Total
	N	%	N	%	
Mental	5	45,5	1	4,5	6
Físico	6	54,5	20	90,9	26
Ambos	0	0	1	4,5	1
Total	11	100	22	100	33

Teste do quiquadrado
Físico > Mental e ambos
 $\chi^2=8,48$ $p=0,0144$

Considera-se motivo da readaptação o diagnóstico médico lembrado no momento da pesquisa. Houve significância ($p=0,0144$) para os diagnósticos físicos em relação aos demais. No questionário aplicado as respostas para esta questão foram: distúrbios osteomusculares, dores, acidente de trabalho, depressão, síndrome do pânico entre outras e foram agrupadas em físicas, mentais e ambas. Sendo o motivo físico sempre mais apontado por ambos os grupos. As reações alérgicas/intoxicação foram consideradas nessa pesquisa dentro das causas físicas.

Conforme estudo de Cacciari et⁽²⁴⁾, 2013, a maior causa de afastamento ou readaptação foi física, por problemas osteomusculares ou do tecido conjuntivo. Há presença de cargas mecânicas vivenciadas durante a movimentação dos pacientes, o transporte de materiais e aparelho, mobiliário inadequado, instalação e manutenção de equipamentos. As cargas fisiológicas resultam da sobrecarga de tempo de serviço, carga horária, sobrecarga de atividades pela exigência da

produtividade e esforços físicos. Especialmente pelos trabalhadores da equipe de enfermagem, que se expõe mais às cargas mecânicas e fisiológicas, como manipulação de peso excessivo, trabalho em pé, posições inadequadas e incômodas, sistema de rodízios de turno e trabalho noturno⁽³⁴⁾.

A sobrecarga de trabalho pode resultar em problemas que afetam física e emocionalmente os profissionais, denunciando violências explícitas (acidentes e doenças do trabalho) e ocultas manifestadas pelas LER/DORT, depressão, angústia, estresse, alcoolismo, dentre outras que repercutem no atendimento ao usuário, relação com familiares e o trabalho, interferindo diretamente em todos os aspectos relacionados a qualidade de vida⁽¹²⁾.

Silva⁽²⁹⁾, 2014 afirma que as enfermidades relacionadas ao trabalho são mais frequentes nos auxiliares de enfermagem. Dessas as osteomusculares (50%), prevalecendo lombociatalgia, mialgia, dor articular e dorsalgias respectivamente, seguidas do sistema circulatório, sendo a hipertensão primária mais presente. Os problemas respiratórios também aparecem na mesma população, entre eles asma e faringite aguda não específica.

4.7 Queixa principal

Optou-se em questionar também a queixa principal, além do motivo/diagnóstico que levou à readaptação por entender que alguns indivíduos encontram-se readaptados há tempos e o diagnóstico inicial pode não ser compatível com a queixa atual. Para isso também foi realizado o Teste Kappa de concordância. A apresentação desses resultados será subdividida em 4 itens.

4.7.1 Queixa principal

	CAP I		CAP II		Total
	N	%	N	%	
Mental	3	27,3	2	9,1	5
Físico	7	63,6	19	86,4	26
Ambos	1	9,1	1	4,5	2
Total	11	100	22	100	33

Teste do quiquadrado
 $\chi^2 = 2,33$ $p = 0,3118$ (ns)

Os grupos I e II não diferiram significativamente, em relação às distribuições de frequência de queixas.

4.7.2 Concordância entre diagnóstico e queixa – CAP I

Diagnóstico	Queixa			Total
	Mental	Física	Ambas	
Mental	3	2	0	5
Físico	0	5	1	6
Ambos	0	0	0	0
Total	3	7	1	11

Teste de concordância de Kappa

Coefficiente de concordância $k_w = 0,48$

Z calculado = 2,63 ($p = 0,0086$)

Concordância diagonal = $8/11 = 0,727$ ou 72,7%.

Teste de McNemar

Discordâncias:

Acima da diagonal = $3/11 = 0,273$ ou 27,3%

Abaixo da diagonal = $0/11 = 0$ ou 0%

O teste Kappa mostrou baixa concordância ($k_w = 0,48$), embora significativa ($p = 0,0086$)

4.7.3 Concordância entre diagnóstico e queixa – CAP II

Diagnóstico	Queixas			Total
	Mental	Física	Ambas	
Mental	1	1	0	2
Físico	0	18	1	19
Ambas	0	1	0	1
Total	1	20	1	22

Teste concordância Kappa

Coeficiente de concordância kw = 0,36

Z calculado = 1,31 (p= 0,1902)

Concordância diagonal= 19/22 = 0,864 ou 86,4%.

Teste de McNemar

Discordâncias

Acima da diagonal = 2/11 = 0,091 ou 9,1%

Abaixo da diagonal = 1/22 = 0,045 ou 4,5%

O teste Kappa não mostrou concordância significativa kw = 0,36 (p = 0,1902)

4.7.4 Retrato do diagnóstico e queixa – CAP I e CAP II

Concordância entre a queixa e o diagnóstico.

I 8 em 11 não mudaram, concordância 72,7%

II 19 em 22 não mudaram, concordância 86,4%

4.8 Função adequada após a readaptação

CAP	Sim	Não	Total	% sim
I	9	2	11	81,8
II	20	2	22	90,9
Total	29	4	33	87,8

Teste Exato de Fisher
p=0,5860 (ns)

Em ambos os grupos, 87,8% dos indivíduos consideraram a função adequada após a readaptação. Somente dois em cada grupo disse o contrário. Conforme o teste de Fisher não houve diferença. Os readaptados que participaram dessa amostra consideraram adequado o fato de não estarem mais carregando peso, por exemplo, porém não consideraram o fato da função ser aquela para qual estavam aptos ou não, se é o melhor lugar para o desempenho das suas potencialidades e quais oportunidades a função oferece.

Na pesquisa de Bertusso sobre o mundo do trabalho e suas repercussões sobre a saúde, principalmente dos trabalhadores da própria área da saúde. Essas pesquisas focam em acidentes e doenças do trabalho, saúde mental, condições de trabalho, qualidade de vida. Também se chama atenção para a necessidade de estar presente (presenteísmo) ao trabalho mesmo doente emocional ou fisicamente porque não há quem o substitua⁽¹²⁾.

4.9 Respeito aos direitos após readaptação

Grupo	Sim	Não	Total	% sim
I	9	2	11	81,8
II	19	3	22	86,4
Total	28	5	33	84,8

Teste Exato de Fisher
p=0,9981 (ns)

A maioria tem a percepção de que os direitos são respeitados, 84,8%. A percepção de que os direitos são respeitados relaciona-se diretamente ao quadro anterior (função adequada após a readaptação). Os indivíduos da amostra consideram seus direitos respeitados quando são aceitos no mesmo local de trabalho e a eles é designado um trabalho diferente do anterior. Porém, numa das reuniões do grupo, junto ao terapeuta coordenador, a principal queixa foi o desrespeito e discriminação por parte dos colegas.

Em levantamento realizado em 2012 pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, os funcionários readaptados referiram sofrer exclusão por parte de colegas de trabalho e gestores. Entre as queixas estavam: desrespeito por parte de

colegas e gestores; relação desumanizada no ambiente de trabalho, desvio de função sem consentimento ou nenhuma função a ser realizada pelo readaptado; ambiente de trabalho hostil; falta de conhecimento sobre os direitos por parte dos gestores e do próprio readaptado; dificuldade de reinserção no trabalho e despreparo do gestor em lidar com a situação⁽³⁵⁾.

A readaptação é um processo delicado e complexo que envolve vários aspectos da vida do funcionário e um aspecto muito importante é a subjetividade dos trabalhadores. A readaptação não envolve apenas aspectos clínicos, há que se considerar todos os efeitos que envolvem o afastamento das funções originais, “a ruptura” com a saúde. A readaptação pode gerar um sentimento de incompetência e culpa que pode se estender individualmente, profissionalmente e socialmente na vida do funcionário⁽³⁵⁾.

O estigma contra o readaptado é grande. Há tanta discriminação que alguns funcionários trabalham em condições precárias, físicas ou psíquicas, não utilizam seus direitos legais de afastamento para tratamento para não receberem menos ou para esconder a doença por medo da discriminação social e receio que a gerência solicite avaliação médico pericial de capacidade laborativa ao Departamento de Saúde do Servidor e eventualmente haja necessidade de readaptação⁽³⁵⁾.

O estudo de Vignoli et al⁽³⁶⁾, 2015 confirma que há relação entre assédio moral e lesões musculoesqueléticas (lombares, dorsais e cervicais) dos trabalhadores. O assédio moral refere-se a uma série de comportamentos negativos (críticas excessivas, retenção de informações, atribuição de carga excessiva, fofocas, isolamento social) que ocorrem num período prolongado de tempo contra um funcionário por seus colegas ou supervisores. Esse comportamento predispõe a doenças emocionais e físicas. Sabe-se que os fatores desencadeantes das doenças musculoesqueléticas são biomecânicos, mas além dos efeitos psicossociais do assédio moral a tensão psicológica se manifesta como tensão muscular.

O funcionário readaptado estando mal alocado pode sofrer tanto ou mais que na função anterior, que o levou a readaptação. O sucesso da readaptação depende da conexão entre a área de gerenciamento de pessoas, perícia médica, gerentes das unidades de trabalho, equipe e colegas de trabalho, bem como a postura da própria pessoa frente as limitações e possibilidades impostas pela doença⁽³⁷⁾.

Às vezes o Coordenador da unidade ou o gerente não recebem de bom grado o funcionário readaptado, para isso as orientações aos gestores são fundamentais, conscientizando sobre a contribuição que os profissionais readaptados podem oferecer na nova função. No início parece difícil, mas ao longo do tempo há compensações⁽²⁵⁾.

A alta gerência costuma ser mais receptiva e observar as competências e habilidades do readaptado para melhor alocá-lo. Porém não está no dia-a-dia na execução da função do readaptado. Já as chefias médias apresentam mais restrições, alegando inclusive que o quadro está completo, mesmo que não esteja⁽³⁵⁾.

Foi realizada uma pesquisa num hospital público do interior de São Paulo sobre a vivência do processo “da doença à readaptação funcional” que propõe que gerentes devem pensar na recolocação do funcionário readaptado nos aspectos funcionais e de forma humanizada. O atendimento humanizado é importante tanto para os pacientes como para os profissionais da saúde. O papel do gerente na recepção do funcionário readaptado é a solução das problemáticas de forma a evitar a falta de perspectivas no trabalho, a insatisfação e o adoecimento do funcionário e da equipe⁽³⁴⁾.

4.10 Tratamentos realizados

Tratamentos	CAP I		CAP II	
	N	%	N	%
Psicológico individual	4	10,3	4	5,6
Psicológico em grupo	11	28,2	18	25,3
Fisioterapia	4	10,3	9	12,7
Homeopatia	0	0	1	1,4
Médico	10	25,6	16	22,5
Medicamento	9	23,1	16	22,5
Outro	1	2,6	7	9,9
Total	39	100	71	100

Todos os indivíduos da amostra realizam algum tipo de tratamento. Quase todos, exceto 3 do grupo CAP II, fazem tratamento psicológico em grupo, sendo esse seguido do tratamento médico e medicamentoso.

A reabilitação profissional deve favorecer a prevenção dos riscos ocupacionais e minimizar os efeitos da incapacidade laboral conforme o Mapa Estratégico da Previdência Social 2012-2015 e relaciona-se com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), as Políticas de Seguridade Social, dentre outras. Ela deve constituir num espaço de escuta, de vínculo, de confiança, de trocas e requer tempo, favorecendo a reflexão das potencialidades, identidade, cidadania, direitos e respeito. Além de estimular estratégias para o enfrentamento das dificuldades e permitir escolher as responsabilidades e compromissos⁽³⁸⁾.

A psicologia em grupo que quase todos realizam consiste exatamente nesse espaço de escuta – podendo ser caracterizado como grupo psicoeducativo. Esse grupo é extremamente estruturado e vinculado à CRSSUL-SP. Nele são expostas as dificuldades do dia-a-dia no trabalho do readaptado. Principalmente se seus direitos estão sendo respeitados e ele está satisfeito. É o espaço também para apontamentos legais sobre os procedimentos com relação ao afastamento, readaptação, aposentadoria, consultas e tratamentos médicos ou outros. Além disso, são propostas estratégias de enfrentamento, esclarecimento de dúvidas e preconceitos, incentivar debates e compartilhamento de ideias e experiências sobre as influências sociais, culturais e psíquicas do fenômeno do adoecer. Tornando-se além de facilitador da reinserção e reabilitação laboral, um dos tratamentos que os readaptados dessa amostra mais realizaram.

Experiência semelhante foi relatada no estado do Ceará⁽³⁹⁾ que através do Grupo de Atenção à Saúde do Trabalhador estabeleceu um espaço de acolhimento e discussão sobre a relação saúde/trabalho. Embora esse estudo tenha considerado principalmente os distúrbios mentais e emocionais, sabe-se que o afastamento em si, mesmo por transtornos físicos, já causa frustração e ansiedade.

A maioria faz tratamento médico e medicamentoso para as diversas queixas, como nessa amostra o maior número foi de origem física. Os tratamentos são principalmente com analgésicos e antiinflamatórios. Porém, somente 7 indivíduos fizeram fisioterapia para as dores. Esses alegam que já fizeram e a dor voltou ou

que os locais são muito distantes do trabalho ou do domicílio. Os 5 indivíduos que aguardavam vagas são para tratamento médico e os 8 que realizaram outros tratamentos incluíram acupuntura, liam gong, psiquiatria entre outros.

4.11 Opinião sobre a capacitação – CAP I

Todos os indivíduos dessa amostra participaram pela primeira vez da capacitação e 100% responderam positivamente às questões. O conhecimento dos trabalhadores da saúde sobre promoção e prevenção sempre é colocado em primeiro lugar nas capacitações, porém visando o usuário e a comunidade, são raras as oportunidades que esses trabalhadores têm para discutir sobre sua própria saúde. Também permeia essa discussão o conhecimento sobre as condições de saúde e defesa da saúde do trabalhador.

Nas últimas décadas houve denúncias do crescente adoecimento físico e mental dos trabalhadores, isso normalmente é relacionado a reestruturação produtiva, a precarização das condições e o aumento da exigência no trabalho. Para os trabalhadores da saúde essas características são mais distintas ainda, pois diferente de outros setores, nos quais a tecnologia pode auxiliar a presença do indivíduo, o trabalho humano é essencial⁽¹²⁾. Em 2013, somente na Secretaria Municipal de Saúde havia 1.021 readaptados⁽¹⁴⁾.

Em uma capacitação aos profissionais vinculados à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para formulação e execução de políticas de proteção ao trabalho, com relação à saúde do trabalhador, as propostas de intervenção foram sobre os acidentes e doenças do trabalho, agravos à saúde do trabalhador, riscos ambientais, absenteísmo, reabilitação do trabalhador, ginástica laboral, implantação e/ou reestruturação de serviços, núcleos, programas, grupos voltados à saúde do trabalhador e vigilância em saúde do trabalhador⁽¹²⁾. Coincidentemente todos esses aspectos foram abordados na capacitação durante essa pesquisa.

Muito frequentemente o trabalhador se vê obrigado a reagir à rigidez ocupacional que lhe é imposta e a criar estratégias de defesa ou mediação aos riscos e sofrimentos. Essas estratégias são marcadas pela sutileza, engenhosidade,

diversidade e inventividade. Mas essas defesas podem se transformar em armadilhas, levando a sublimação do risco e alienação que pode mascarar, conter e ocultar um problema grave, tanto individual como no grupo⁽²⁸⁾.

A promoção da saúde constitui em ações que sensibilizam a adoção de práticas saudáveis individuais e coletivas. Para o trabalhador isso se estende ao ambiente de trabalho. A capacitação é uma das estratégias que podem ser utilizadas para promover a saúde, atuando na melhoria da qualidade de vida, da saúde e conseqüentemente no trabalho. Isso significa priorizar a saúde no ambiente e na organização do trabalho, o que exige envolvimento da administração, gestor local, corpo técnico, trabalhadores e equipe⁽³⁷⁾.

Os readaptados que participaram do grupo CAP I e II relataram que *“devia ter sempre, nunca tem nada para nós”*. Porém o Decreto-Lei nº7036/1944 artigo 90 refere-se à readaptação profissional a todos os incapacitados para o trabalho com o objetivo de restituir-lhes, parcial ou totalmente, a capacidade para a profissão que já exercia ou outra compatível com suas novas condições físicas. Entendia-se que por meio de práticas de fisioterapia, cirurgia ortopédica e reparadora e ainda capacitação específica. O Decreto-Lei nº 48.959/1960 abrangeu a assistência educativa e de readaptação profissional para que os profissionais pudessem trabalhar em condições normais, havendo integração entre as atividades que compunham o processo de reabilitação⁽³¹⁾.

4.12 Questionário comparativo para o grupo CAP II

Nesse item será tratado o questionário que foi aplicado somente ao grupo que já havia feito a capacitação anteriormente. Foi solicitado que representassem através de notas de 0 a 10 todas as questões e os resultados aparecerão por itens específicos de 4.11.1 até 4.11.5.

4.12.1 Ano da primeira capacitação

O grupo CAP II já havia realizado capacitação anteriormente, para eles foi perguntado em que ano a realizaram. A maioria 68,18% realizou em 2012.

Entre os anos de 2012 e 2013 foram capacitados em Qualidade de vida e reeducação postural, 189 funcionários readaptados da CRSSUL-SP pela Universidade de Santo Amaro. Essas capacitações foram elaboradas considerando os grupos específicos, previamente divididos conforme a PMSP: readaptados osteomusculares, readaptados por saúde mental e um grupo de múltiplos. Houve a organização das capacitações conforme solicitado e a essa pesquisadora couberam os aspectos musculoesqueléticos.

Foram feitas aulas teóricas e práticas, em cuja apostila (APÊNDICE F) constam dicas de bem estar e qualidade de vida. Durante as aulas práticas eram realizadas atividades específicas de fortalecimento, alongamento, consciência corporal e relaxamento que poderiam ser realizadas durante o trabalho, sem a necessidade de interrompê-lo. As atividades também eram adaptadas conforme necessidade específica individual. Por convite e solicitação dos grupos que já haviam feito a capacitação optou-se por repetir o modelo e registrar os efeitos dela.

Quando o grupo foi convidado para participar dessa pesquisa e da capacitação nos mesmos moldes que a anterior, prontamente aceitaram. E, durante a capacitação não houve faltas e todos estavam muito motivados, diziam-se muito felizes com a nova oportunidade e reencontro, inclusive relatando que estavam muito mais à vontade que na primeira capacitação, mais localizados no prédio e mais seguros. Ao início do curso, após responderem novamente o mesmo questionário inicial, foram divididos em grupo e discutiram quais temas sugeririam para a capacitação, com foco na qualidade de vida.

Por se tratar de uma população específica, idade média 57,7 anos, as sugestões foram o envelhecimento, as perdas fisiológicas e como se preparar melhor para elas. As doenças reumáticas: artrite e artrose, seus sintomas, diferenças e tratamentos. A osteoporose: fisiopatologia, prevenção e tratamentos. A

postura, sua interferência no dia-a-dia e estratégias para mantê-la. E ainda, a saúde mental, como manter o equilíbrio emocional e mental. A capacitação abordou todos os temas sugeridos, inclusive com práticas específicas.

4.12. 2 Percepção da saúde antes da primeira capacitação.

Readaptados	Física	Mental	Emocional
1	5	6	4
2	5	8	5
3	5	7	5
4	0	0	10
5	8	8	8
6	0	8	5
7	5	6	5
8	4	4	3
9	7	7	8
10	8	7	10
11	6	6	5
12	5	5	5
13	0	0	2
14	8	9	9
15	5	8	10
16	5	6	5
17	5	8	5
18	8	8	10
19	2	2	5
20	4	8	4
21	5	5	5
22	7	7	7
\bar{X}	4,9	6,0	6,1
Mi	5,0	7,0	5,0

Análise de Variância de Friedman
 $\chi^2=4,30$ $p=0,116$

Os resultados sugerem que a maioria tinha a percepção de saúde física pior, com média de 4,86 pontos a nota antes da primeira capacitação.

Segundo relatos essa foi a primeira capacitação voltada exclusivamente aos cuidados pessoais, inclusive com práticas dos indivíduos dessa amostra. Como os trabalhadores de saúde vivenciam o sofrimento, a dor e o adoecimento físico e

psíquico decorrentes da forma de organização no trabalho, há fragilização de políticas públicas e organizacionais direcionadas a esse setor⁽⁴⁰⁾. Por isso, há necessidade de estratégias para enfrentamento. Uma delas é o empoderamento do funcionário readaptado através do conhecimento. Há correlação entre esse resultado com outros trabalhos que relatam alta incidência de distúrbios físicos ou musculoesqueléticos nessa população^(23,29,35,39).

4.12. 3. Percepção sobre os aspectos da saúde atual

Nota de 0 a 10 dada à percepção sobre os aspectos da saúde.

Readap	Atividade casa/trab	Desempenho físico	Dor	Saúde Geral	Vitalidade	Relações Sociais	Saúde emocional	Saúde mental
1	10	5	5	5	5	4	4	4
2	6	3	3	5	5	6	6	8
3	7	5	6	4	5	8	4	5
4	10	10	10	10	10	10	10	10
5	9	9	3	8	8	7	8	9
6	10	8	10	4	5	8	8	8
7	4	3	3	5	5	9	9	7
8	7	8	0	7	8	5	6	6
9	7	10	7	7	10	7	7	7
10	2	5	8	7	5	5	8	7
11	5	5	3	5	5	5	5	5
12	7	8	7	7	8	9	9	9
13	10	2	6	5	5	9	5	1
14	8	8	5	7	7	8	6	6
15	5	3	4	3	5	5	5	5
16	5	6	8	5	7	8	6	5
17	5	5	10	5	7	8	5	7
18	10	10	8	8	8	10	10	10
19	8	7	9	6	8	9	6	6
20	5	4	3	3	0	9	3	5
21	9	8	8	7	7	7	7	8
22	8	7	7	7	7	8	7	8
\bar{X}	7,1	6,3	6,0	5,9	6,4	7,5	6,6	6,6
Mi	7,0	6,5	6,5	5,5	7,0	8,0	6,0	7,0

Análise de variância de Friedman
 $\chi^2 = 12,89$ $p = 0,0743$

A melhor percepção atual foi com relação às relações sociais (7,45), seguida pela possibilidade de realizar atividades em casa ou no trabalho com maior facilidade (7,13), e apesar de discreta diferença, o pior índice foi alcançado por saúde geral (5,91).

Esse grupo possui entre outras características a média de idade e o tempo de readaptação maior, o que faz com que frequentemente o grupo psicoeducativo há mais tempo e conseqüentemente se relacionem há mais tempo. Durante a realização da capacitação houve comprovação do bom relacionamento social entre eles. Todos demonstravam-se muito felizes e à vontade em fazerem as colocações, inclusive solicitaram que houvesse uma partilha de experiências.

4.12. 4 Orientações que ainda segue

Notas de 0 a 10 para as orientações que ainda seguem.

	Respiração	Automassagem	Relaxamento	Alongamento	Fortalecimento	Postura
1	5	0	5	0	0	0
2	7	0	0	7	0	7
3	5	6	6	6	7	8
4	10	10	10	10	10	10
5	6	5	8	8	5	9
6	7	8	0	0	3	8
7	7	0	6	7	7	6
8	0	8	7	8	8	9
9	7	7	7	7	7	7
10	6	7	0	6	5	0
11	8	7	5	8	5	5
12	8	8	6	8	5	9
13	10	0	0	0	0	6
14	10	8	9	8	8	8
15	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0
17	9	5	5	5	5	5
18	7	6	7	8	9	9
19	8	0	7	7	0	8
20	0	0	0	0	0	0
21	7	9	9	7	0	0
22	10	0	0	0	0	0
\bar{x}	6,2	4,3	4,4	5,0	3,8	5,2
Mi	7,0	5,5	5,5	7,0	5,0	6,5

Análise de variância de Friedman
 $\chi^2 = 6,99$ $p = 0,2211$

Com relação as notas entre 0 e 10 que o indivíduo se atribuiu com relação as orientações que ainda segue a maior pontuação atribuída foi para respiração (6,2), seguida pela postura (5,18) e a menor para fortalecimento (3,8).

A respiração foi o primeiro aspecto prático abordado nas capacitações, isso pela importância dela no controle do estresse. A respiração proposta foi a diafragmática que estimula o sistema nervoso autônomo parassimpático, que estimula atividades relaxantes como a diminuição da frequência cardíaca, pressão arterial, contração das pupilas, etc e contribui para restabelecer as reservas⁽⁴¹⁾. A respiração diafragmática lenta e profunda automaticamente estimula o sistema nervoso parassimpático, diminuindo as reações fisiológicas da tensão e ansiedade, conseqüentemente diminuindo o estresse. O estresse pode ser reduzido também por técnicas como automassagem (que foi abordada na capacitação) inclusive na forma de *Do In*, yoga, meditação⁽⁴²⁾.

A postura foi abordada durante as capacitações como algo individual, respeitando a fisiologia e biomecânica, mas principalmente as características pessoais que são determinadas inclusive por herança familiar. Usou-se o conceito de Leopold Busquet, segundo a qual a boa postura deve proporcionar equilíbrio, economia e conforto⁽⁴³⁾. O equilíbrio diz respeito ao equilíbrio do próprio corpo em relação à gravidade na posição sentado e em pé. A economia está relacionada ao gasto energético imposto por contrações musculares excessivas quando se está em desequilíbrio e o conforto, a sensação de “não incômodo” ou dor.

Para se manter uma boa postura é fundamental a relação entre fortalecimento e alongamento. Nas capacitações ambos foram expostos e aplicados de modo a respeitar os limites individuais e com as adaptações necessárias para cada caso. O alongamento proposto era lento e mantido e as orientações de que deveria haver desconforto leve e sensação de tensão no músculo, não dor. E para fortalecimento foram usadas contrações isométricas, pois não promovem movimento articular, diminuindo o risco de sobrecarregar as articulações.

Uma das teorias, Trilhos Anatômicos⁽⁴⁴⁾ utiliza as terminações energia e liberação, podendo associa-las a força e elasticidade. Durante as capacitações muito se falou sobre as compensações musculoesqueléticas inadequadas, que causam e são causadas pelo desequilíbrio do mesmo. Essas compensações a curto

e médio prazo fatalmente geram dor. A compensação mais comum é gerada pela falta de força na musculatura abdominal, que resulta numa anteriorização da parte inferior do tronco e conseqüente aumento da lordose lombar⁽⁴⁵⁾. Necessitando para prevenir ou até tratar esse desequilíbrio, fortalecimento da musculatura abdominal e alongamento da musculatura lombar.

Caffaro et al⁽⁴⁶⁾, 2014 sugerem que indivíduos com dor lombar crônica tem instabilidade do tronco, o que pode predispor à alterações posturais dessa região da coluna, normalmente gerando hiperlordose, porque os músculos profundos do tronco inferior tem atraso nas respostas neuromusculares e proprioceptivas provavelmente por causa da dor. A diminuição da atividade neuromuscular reduz a amplitude de oscilação da Pressão intra-abdominal, fundamental para a manutenção da do controle postural da coluna lombar. A auto percepção da imagem corporal e a consciência corporal pode se alterar em função da dor, talvez porque a latência prolongada da resposta do fuso neuromuscular cause uma redução de *feedback*. No estudo citado foram utilizados o EVA, SF-36 e Questionário Roland Morris, como no presente estudo.

Chama a atenção a pouca adesão ao fortalecimento, pois ele foi proposto de forma isométrica, ou seja, não há necessidade de interromper o trabalho para realizá-lo. Nas atividades práticas durante as capacitações quase todos os fortalecimentos foram feitos sentados ou em pé.

4.12.5 Percepção geral da saúde antes e depois da capacitação.

Notas da percepção geral da saúde antes e depois da primeira capacitação.

Readap	Percepção	
	Inicial	Final
1	15	42
2	18	42
3	17	30
4	10	80
5	24	61
6	12	61
7	16	45
8	11	45
9	22	62
10	25	47
11	17	38
12	15	64
13	2	43
14	26	55
15	23	22
16	16	50
17	18	52
18	26	74
19	9	59
20	16	32
21	15	61
22	21	59
\bar{X}	17,0	51,1
Mi	16,5	51,0

Teste de Wilcoxon
Final > Inicial
z = 4,07 p < 0,0001

Houve significância ($p < 0,0001$) na diferença entre as percepções sobre a saúde antes e depois da capacitação.

A percepção com relação à saúde geral melhorou antes e depois da capacitação, considerando inclusive o tempo, pois a maioria realizou a capacitação em 2012. Essa significância é importante, pois sugere que essa capacitação foi muito importante para a saúde dos indivíduos da amostra.

A saúde dos readaptados foi fragilizada por motivos ocupacionais e agora deve ser abordada articulando-se os saberes técnicos e a mobilização de recursos públicos e privados para o enfrentamento dos problemas de saúde dessa população que cuida da saúde. Para isso as estratégias devem englobar políticas públicas, a instituição empregadora e o próprio indivíduo, por meio de comportamentos saudáveis, reforçando a corresponsabilidade de todos⁽⁴⁰⁾.

As ações educativas para os profissionais de saúde, de nível médio são voltadas para revisão de técnicas e utilização de aparelhos, focada em procedimentos e distanciada da reflexão sobre a prática. Conforme foi verificado durante a capacitação quase não há reflexões sobre o profissional, o foco sempre é o serviço e o usuário, porém, se o trabalhador não está bem, o trabalho pode ser diretamente atingido. A educação dos trabalhadores é um diferencial nas relações inter-pessoais e na assistência prestada ao usuário. O fato é que existem poucos trabalhos que relatam experiências em desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde dos servidores⁽³⁷⁾.

A parceria entre ensino e serviço foi determinante para a realização dessa capacitação, que se inclui no processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), para esses funcionários. Na EPS a proposta deve ser construída a partir dos problemas que ocorrem no dia-a-dia da organização do serviço. Esse foi exatamente o modelo seguido para a proposta das capacitações.

A EPS é um projeto político-pedagógico que visa integralizar as práticas de saúde e o trabalho em equipe. O que não deve excluir o readaptado. Ela deve ser entendida como uma ação contínua, interdisciplinar, multiprofissional, centrada no processo de trabalho, visando o melhor desempenho do profissional e da equipe. É multiprofissional, valoriza a transformação prática no ambiente de trabalho⁽⁴⁷⁾. Na EPS a aprendizagem deve ser significativa, acumulativa e renovável, o que foi aprendido deve fazer sentido, ser incorporado na vida cotidiana das organizações e nas práticas sociais e do trabalho.

4.13. Questionário de incapacidade de Roland Morris

Esse questionário quantifica a relação entre as dores e as dificuldades de realizar tarefas. Serão apresentados os valores de inicial e final de CAP I e depois de CAP II.

4.13.1 Comparação dos valores iniciais de finais CAP I

Diferença percentual ($\Delta\%$) calculada entre os dois momentos.

Readap	Inicial	Final	$\Delta\%$
1	18	15	16,67
2	16	12	25
3	12	14	16,67
4	18	17	5,55
5	8	8	0
6	0	0	0
7	0	1	0
8	13	9	30,77
9	11	13	18,18
10	5	1	80
11	0	0	0
\bar{X}	10,4	8,2	
Mi	12	90	0

Teste de Wilcoxon
 $z=1,89$ $p=0,0587$

No grupo CAP I houve ligeira melhora entre os valores inicial e final.

4.13.2 Comparação dos valores iniciais e finais CAP II

Total geral dos 24 itens do Questionário de Incapacidades de Roland Morris e diferença percentual ($\Delta\%$) calculado entre os dois momentos.

Readap	Inicial	Final	$\Delta\%$
1	2	1	50
2	17	15	11,76
3	10	12	20
4	17	5	70,59
5	2	3	50
6	21	19	9,52
7	16	18	12,5
8	15	12	20
9	0	0	0
10	18	19	5,55
11	14	16	14,28
12	7	7	0
13	23	22	4,35
14	11	11	0
15	20	20	0
16	11	11	0
17	9	17	88,89
18	9	5	44,44
19	15	14	6,66
20	19	20	5,26
21	13	15	15,38
22	11	10	9,09
\bar{X}	12,7	12,4	
Mi	13,5	13	

Teste de Wilcoxon
 $z=0,31$ $p=0,7583$

Também houve ligeira melhora, diferença menor ainda que no CAP I. A melhora de 2,2 no grupo CAP I e de 0,3 no CAP II provavelmente se deve a cronicidade dos casos, hipótese reforçada também pela idade média – CAP I 50,73 e CAP II 57,7 e pelo tempo de readaptação – 2,4 e 9,9 respectivamente. Entre os casos que pioraram estão, entre os dois grupos: ansiedade, tendinite, alterações reumáticas, fibromialgia e hérnia de disco. Todos esses representam doenças crônicas e que têm períodos de piora associados ao clima, ao estresse, a baixa imunidade. É preciso entender o bem-estar do trabalhador, levando em consideração o sofrimento manifestado pela continuidade da dor, fadiga e

diminuição da capacidade de trabalho. E investir em programas voltados para esses aspectos⁽⁴⁸⁾.

A dor crônica não determina somente a incapacidade, ela pode gerar outros fatores como depressão, dependência, afastamento social, mudança no comportamento sexual, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, cinesiofobia e desesperança, mantendo ou aumentando a dor e interferindo na qualidade de vida. Quando se perceber e conhecer o mecanismo de perpetuação da dor crônica e incapacidade funcional poder-se-á estruturar melhor os trabalhos direcionados e específicos a esses casos⁽⁴⁹⁾.

4.14. Avaliação do Perfil dos Estados de Humor

Essa avaliação constou de 22 itens, que eram palavras que representavam sensações/sentimentos entre positivos (POS) e negativos (NEG).

4.14.1 Perfil associado a itens positivos e negativos – CAP I

Percentuais de aspectos positivos ou negativos do
Perfil dos Estados de Humor.

Readap	Positivo %			Negativo %		
	Inicial	Final	$\Delta\%$	Inicial	Final	$\Delta\%$
1	25	100	300	88,89	38,38	56,82
2	100	100	0	5,55	5,55	0
3	100	75	25	38,88	22,22	42,1
4	100	25	75	94,44	88,89	5,87
5	100	100	0	0	0	0
6	75	25	66,66	38,38	0	100
7	100	100	0	11,11	0	100
8	75	100	33,3	77,77	16,66	78,55
9	100	100	0	27,77	33,33	0,02
10	25	100	300	27,77	22,22	18,51
11	100	50	50	5,55	0	100
\bar{x}	29,77	31,26	133,6	34,41	26,62	45,65
Mi	100	100	0	27,77	16,66	42,1

Teste de Wilcoxon
z= 0,08 p=0,9326
Diferença entre positivo X negativo CAP I
Teste de Wilcoxon
z=1,84 p=0,0663

Nota-se que os aspectos positivos foram melhor pontuados no final, marcadamente apontados pelos indivíduos 1 e 10, que de 25% passaram para 100% as respostas positivas. Os aspectos negativos foram significativamente menos apontados na avaliação final ($p = 0,0284$). E não houve diferença significativa entre eles.

4.14.2 Perfil associado a itens positivos e negativos – CAP II

Percentuais de aspectos positivos ou negativos do
Perfil dos Estados de Humor.

Readap	Positivo %			Negativo %		
	Inicial	Final	$\Delta\%$	Inicial	Final	$\Delta\%$
1	75	75	75	72,22	0	100
2	75	75	0	72,22	61,11	15,38
3	100	100	0	61,11	77,77	27,26
4	100	100	0	38,89	44,44	14,3
5	75	100	33,3	5,55	5,55	0
6	75	100	33,3	77,78	61,11	21,42
7	100	100	0	11,11	16,66	49,95
8	100	75	0	50	61,11	22,22
9	75	10	33,3	55,55	0	55,55
10	100	100	0	55,55	72,22	30
11	75	50	33,33	66,67	22,22	66,66
12	100	75	25	33,33	33,33	0
13	100	75	25	66,67	61,11	8,32
14	50	25	50	33,33	11,11	66,66
15	50	100	100	33,33	16,66	50,01
16	100	75	25	44,44	44,44	0
17	100	100	0	5,55	72,22	1201,3
18	100	100	0	0	0	0
19	0	100	100	0	61,11	61,11
20	100	100	0	77,78	94,44	21,43
21	100	100	0	94,44	100	5,88
22	100	100	0	44,44	38,88	13,63
\bar{X}	84,09	85,23	6,06	45,45	43,43	62,12
Mi	100	100	0	47,22	44,44	0

Inicial X Final
Teste de Wilcoxon

$z = 0,84$ $p = 0,4008$

$z = 0,1742$ $p = 0,8617$

POS x NEG CAP II
Teste de Wilcoxon
 $z = 0,33$ $p = 0,7413$

Novamente houve padrão nas respostas dos grupos. Como no grupo CAP I, aqui também houve pequena melhora, média de 1,14 entre inicial e final. Porém 7 indivíduos apontaram menos aspectos positivos no final. Nesse os aspectos negativos também apresentaram pequena melhora, diminuindo na média 2,02 a frequência.

Mesmo tendo dado significância apenas na diferença entre os aspectos negativos iniciais e finais do grupo CAP I, quase todos os resultados mostraram diferenças, para melhor entre a avaliação inicial e final nos aspectos positivos e negativos da Avaliação do Perfil dos Estados de Humor.

A vivência continuada de sentimentos negativos e estressores torna o trabalhador mais vulnerável aos transtornos mentais e esses são clinicamente significativos, caracterizados por alterações do modo de pensar e do humor, podendo acarretar deterioração da função. Porém eles não são fatores isolados, mas interagem com o corpo e a psique do trabalhador. Num outro estudo, transtornos mentais e comportamentais são muito observados, entendendo que a problemática de saúde ocupacional, no profissional de enfermagem pode ocorrer por insuficiência de descansos e pausas para recuperação do estresse fisiológico e mental, elevando o potencial para o adoecimento. Outra questão apontada pode ser a mudança no perfil funcional do profissional. As políticas de saúde, as relações de poder, de agir e de saber entre os profissionais de saúde, o aumento da complexidade tecnológica e do cuidado, exigem cada vez mais do profissional, principalmente da enfermagem⁽⁵⁰⁾.

Apesar dessa amostra estar submetida aos fatores estressores mencionados, nesse período não houve alterações de humor no sentido negativo, o que demonstra um bom sinal como resultado da capacitação.

4.15 Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares

Os resultados desse questionário serão apresentados a seguir da seguinte forma: a presença de dor do CAP I e do CAP II, o $\Delta\%$ das regiões de dor referidas e relacionadas ao trabalho pelo CAP I e a diferença entre eles. Para o CAP II será feita a mesma sequência. O escore máximo para presença de dores é 9.

4.15.1. Presença de dor

Readaptados dos grupos CAP I e CAP II segundo a presença de dor nos períodos inicial e final da intervenção.

CAP I			CAP II		
Readap	Inicial	Final	Readap	Inicial	Final
1	4	1	1	0	3
2	5	2	2	6	3
3	8	8	3	7	9
4	4	3	4	5	1
5	2	5	5	5	1
6	0	0	6	7	6
7	0	0	7	3	3
8	6	6	8	5	2
9	4	4	9	0	1
10	0	0	10	6	6
11	0	0	11	7	8
\bar{X}	3	2,6	12	8	3
Mi	4,0	2,0	13	2	2
Teste de Wilcoxon			14	3	5
Z = 0,73 p = 0,4652			15	0	0
			16	0	4
			17	9	6
			18	0	0
			19	6	3
			20	4	3
			21	5	5
			22	5	2
			\bar{X}	4,2	3,5
			Mi	5,0	3,0
			Teste de Wilcoxon		
			Z = 1,47 p=0,1406		

Houve discreta diminuição das dores referidas nas regiões entre o início e final da capacitação.

4.15.2 Valores das regiões de dor referidas e regiões com dores associadas ao trabalho

Dor referida				Dor associada ao trabalho			
Região	Inicial	Final	$\Delta\%$	Inicial	Final	$\Delta\%$	
Pescoço	45,45	45,45	0	36,36	27,27	25	
Ombros	63,63	63,63	0	54,54	45,45	16,66	
Braços	36,36	54,54	5	18,18	27,27	50	
Cotovelos	27,27	18,18	33,33	18,18	9,09	50	
Antebraços	27,27	27,27	0	27,27	18,18	33,33	
P/M/D	45,45	36,36	20	45,45	27,27	40	
Dorsal	45,45	36,36	20	18,18	27,27	50	
Lombar	63,63	36,36	42,85	45,45	63,63	40	
Q/MMII	72,72	63,63	12,5	36,36	45,45	25	
Teste de Wilcoxon Z=1,15 p=0,2489				Teste de Wilcoxon Z= 0,06 p=0,952			

Trabalho X Referida (valores de $\Delta\%$)

Teste de Wilcoxon
z= 0,89 p=0,3743

Não houve diferença significativa entre os locais ao início e final da capacitação. Nota-se, porém grande variação dos indivíduos entre a manutenção, melhora (antebraço) e piora (braços). Embora também não tenha havido significância houve modificação. Entre os locais mais apontados no início estão os ombros, que apresentaram uma leve diminuição ao final. Já a região lombar apresentou um aumento considerável de associações. Não houve diferença entre as regiões doloridas e as com dores associadas ao trabalho.

4.15.3 Valores das regiões de dor referidas e regiões com dores associadas ao trabalho – CAP II

Percentuais de casos de dor nas regiões referidas e dor associadas ao trabalho.

	Região de dor referida			Região dor associada ao trabalho		
	Inicial	Final	$\Delta\%$	Inicial	Final	$\Delta\%$
Pescoço	77,27	72,72	5,88			
Ombros	81,81	81,81	0	45,5	40,9	10,1
Braços	77,27	59,09	23,52	63,6	45,5	28,45
Cotovelos	40,9	50	22,24	45,5	18,2	60
Antebraços	54,54	59,09	8,34	9,1	13,6	49,45
P/M/D	53,63	59,09	7,13	18,2	18,2	0
Dorsal	68,18	72,72	6,65	50,0	40,0	40
Lombar	81,81	86,36	5,56	50,0	36,4	27,2
Q/MMII	90,9	90,9	0	72,7	68,2	6,18
Teste de Wilcoxon				72,7	63,6	12,24
z=0,76 p=0,4469				Teste de Wilcoxon		
				z=2,31 p=0,0209		

Referida X Trabalho (Valores $\Delta\%$)

Teste de Wilcoxon

z= 2,07 p=0,0382

Para o CAP II as regiões mais referidas foram ombros e lombar, e a que menos apareceu foi cotovelo. Nota-se que quase todas as regiões aumentaram em relação aos valores iniciais. Houve significância ($p = 0,0209$) entre os valores iniciais e finais das dores associadas ao trabalho, mesmo assim, o cotovelo ainda apresentou aumento na frequência. A região mais representativa nessa significância foram os braços. As regiões de dor referidas e associadas ao trabalho foram diferentes, havendo significância estatística.

4.15.4 Presença de dores referidas em regiões do corpo, comparadas entre CAP I e CAP II

Comparação entre a presença e ausência de dores referidas nas regiões apontadas no questionário.

Região	CAP I			CAP II		
	Inicial	Final	$\Delta\%$	Inicial	Final	$\Delta\%$
Pescoço	45,45	45,45	0	77,27	72,72	5,88
Ombros	63,63	63,63	0	81,81	81,81	0
Braços	36,36	54,54	5	77,27	59,09	23,52
Cotovelos	27,27	18,18	33,33	40,9	50	22,24
Antebraços	27,27	27,27	0	54,54	59,09	8,34
P/M/D	45,45	36,36	20	53,63	59,09	7,13
Dorsal	45,45	36,36	20	68,18	72,72	6,65
Lombar	63,63	36,36	42,85	81,81	86,36	5,56
Q/MMII	72,72	63,63	12,5	90,9	90,9	0

Teste de Wilcoxon
z=1,54 p=0,1235 (ns)

Não houve diferença significativa. Ressaltam-se os valores mais discrepantes entre os grupos na região dos antebraços e em valores de $\Delta\%$ os braços.

4.15.5 Presença de dores referidas em regiões do corpo, relacionadas ao trabalho, comparadas entre CAP I e CAP II

Comparação dos entre a presença e ausência de dores referidas e associadas ao trabalho nas regiões apontadas no questionário.

Região	CAP I			CAP II		
	Inicial	Final	$\Delta\%$	Inicial	Final	$\Delta\%$
Pescoço	36,36	27,27	25	45,5	40,9	10,1
Ombros	54,54	45,45	16,66	63,6	45,5	28,45
Braços	18,18	27,27	50	45,5	18,2	60
Cotovelos	18,18	9,09	50	9,1	13,6	49,45
Antebraços	27,27	18,18	33,33	18,2	18,2	0
P/M/D	45,45	27,27	40	50,0	40,0	40
Dorsal	18,18	27,27	50	50,0	36,4	27,2
Lombar	45,45	63,63	40	72,7	68,2	6,18
Q/MMII	36,36	45,45	25	72,7	63,6	12,24

Teste de Wilcoxon
z= 0,84 p=0,4008

Os valores de $\Delta\%$ dos grupos CAPI e CAP II referentes às regiões com dor relacionadas ao trabalho não tiveram diferença significativa, mas são diferentes. As maiores diferenças estão nos segmentos inferiores. O grupo CAP I apresentou aumento na pontuação na região dorsal, lombar e quadril/membros inferiores. Já no CAP II houve diminuição para as mesmas regiões.

Em ambos os grupos houve diminuição das regiões apontadas como dolorosas. Os deltas percentuais em relação às regiões referidas como doloridas e a associação delas com o trabalho de CAP I variaram, as regiões referidas melhoraram em antebraços e pioraram nos braços e as relacionadas ao trabalho diminuíram em ombros e aumentaram nas regiões dorsal, lombar, quadril e membros inferiores, embora no geral não tenha havido diferença estatística entre elas.

O grupo CAP I que participou da capacitação pela primeira vez recebeu orientações específicas sobre postura e ergonomia, tendo sido abordada a importância e requisitos para a manutenção da postura, como por exemplo, contração isométrica leve, constante de abdome e glúteos. Sobre ergonomia foram demonstradas as diferenças do trabalho sentado e em pé e quais os benefícios e prejuízos de cada um e como preveni-los. Imagina-se que após tomarem conhecimento desses aspectos tenham atentado para as posturas que permanecem no trabalho e feito às associações, o que representa uma boa devolutiva com relação à capacitação recebida.

Para o grupo CAP II nas diferenças percentuais as regiões mais referidas foram ombros e lombar a que menos apareceu foi cotovelo. Com relação à comparação entre as regiões referidas e as associadas ao trabalho, nesse grupo, houve significância ($p = 0,0209$) e a região que mais diminuiu foi braços. Esse grupo já havia sido capacitado e para eles ficou mais clara a relação entre as dores e o trabalho. Além disso, eles estão readaptados há mais tempo e afirmam que as atividades que realizam após a readaptação estão adequadas, pelo menos no que se refere à sobrecarga física.

Na associação dos grupos os valores mais discrepantes das dores referidas entre ambos são antebraços e o delta percentual de braços. Para as dores referidas

e relacionadas ao trabalho há diferenças principalmente nos segmentos inferiores, o grupo CAP I aumentou e o CAP II diminuiu.

Ribeiro e Fernandes⁽⁵¹⁾, 2011, relatam que embora a incidência seja maior nos membros superiores e coluna lombar, os distúrbios nos membros inferiores também são muito referidos e pouco estudados. Um estudo verificou que a proporção de afastamento por dores lombares foi a mesma que pelas dores nos MMII. Alguns estudos encontraram variação quanto ao local da dor (quadril, joelhos, tornozelos e pés). O manuseio de cargas pode predispor a distúrbios musculoesqueléticos na região lombar.

As queixas osteomusculares também foram as mais referidas no estudo de Machado et al⁽³⁰⁾, 2014. Os enfermeiros apresentaram a prevalência mais elevada, exceto para a dor nos braços. A maior frequência destes sintomas entre os técnicos e auxiliares de enfermagem pode estar associada à execução da assistência direta ao cliente, a realização de movimentos repetitivos, aliados a exigências de força. Esses dados corroboram com a presente pesquisa.

Ficar muito tempo em pé pode contribuir para os distúrbios musculoesqueléticos, pois quando se fica muito tempo em pé, além do incômodo, pode envolver o sistema cardiovascular, pela dificuldade do retorno venoso causada pela contração muscular, principalmente da panturrilha e fadiga muscular, pela manutenção da contração isométrica da musculatura. Foi verificada a associação entre distúrbios musculoesqueléticos e a demanda psicossocial no trabalho, pois é possível que o estresse aumente a tensão muscular, podendo aumentar a sensibilidade a dor ou aumentar a percepção dos sintomas musculoesqueléticos⁽⁵¹⁾.

4.16 Escala Visual Analógica de Dor

Serão apresentadas as escalas para o CAP I e CAP II

4.16.1 Comparativo da Escala Visual Analógica

Readaptados dos grupos CAP I e CAP II segundo o escore médio de dor ao início e final da intervenção. Valores das diferenças percentuais ($\Delta\%$).

Readap	CAP I			CAP II			
	Inicial	Final	$\Delta\%$	Inicial	Final	$\Delta\%$	
1	0	4	400	4,2	5	19	
2	4,4	3,65	17,04	8	9,6	20	
3	0	5	500	3,25	4,1	26,15	
4	5,7	8,3	45,61	8,6	8,4	2,32	
5	0	0	0	1,9	0,9	52,63	
6	0	1,5	150	6,7	7,4	10,44	
7	0	0	0	4	4	0	
8	6,8	6,3	7,35	5	7	40	
9	4,1	5,4	31,7	1,5	1,6	6,66	
10	2,2	1,1	50	7,3	6,4	12,33	
11	0	0	0	4,8	8,3	72,92	
\bar{X}	2,1	3,2	-95,7	4,3	4	6,98	
Mi	0	3,7	0	10	5,3	47	
Teste de Wilcoxon z=1,68 p=0,0929				1,4	3	114,28	
				3,5	8,2	134,28	
				2,3	5,6	143,48	
				5	9,3	86	
				5,5	4	27,27	
				4,5	3,9	13,13	
				7,8	1,5	80,76	
				6,5	9,1	40	
				0,8	3	275	
				\bar{X}	4,9	5,7	-33,9
				Mi	4,7	5,2	-14,7
				Teste de Wilcoxon z=1,34 p=0,1808			

EVA I X II (Valores $\Delta\%$)

Teste de Mann Whitney
z=0,44 p=0,6605

A pontuação da EVA, referente a dor aumentou para ambos os grupos entre o início e final da intervenção.

No período avaliado as dores, conforme a EVA, aumentaram para ambos os grupos, principalmente para o CAP I. Ressalta-se que se trata de uma população

cuja maioria apresenta distúrbios osteomusculares crônicos que desencadeiam dor contínua ou intermitente. Deve ser considerado o fato de estarem mais atentos às dores pela atenção ao corpo enfatizada na capacitação. E mesmo tendo aumentado, as dores se mantêm no nível baixo, dor leve.

Sessle, 2014, refere-se a dor crônica como uma “epidemia silenciosa mundial” pela pouca consciência de sua prevalência e custos sociais e econômicos. Incluindo impactos sobre a qualidade de vida, o trabalho e a saúde mental. Ele sugere que sejam feitas ações educativas para e pelos profissionais de saúde, que segundo ele tem pouca compreensão dos mecanismos e tratamentos da dor crônica, o que é agravado pela dificuldade de muitos pacientes no acesso ao tratamento adequado.

Nota-se também que os indivíduos dessa pesquisa relatam dor, porém como tratamentos participam do grupo psicoeducativo, fazem tratamento médico e medicamentoso, que às vezes trata a dor, mas não elimina a causa, o que poderia ser mais eficaz na fisioterapia. Coube também a capacitação realizada a educação sobre a dor, diferenciando as dores – agudas, crônicas, somáticas, viscerais, psicossomáticas. Bem como foram propostas estratégias para controlá-las – respiração, automassagem, alongamentos e relaxamentos.

4.17 *Medical Outcomes Study Short-Form 12 – SF 12*

A percepção da qualidade de vida foi verificada através do SF – 12 e os resultados serão apresentados a seguir através dos dados da CAP I e o $\Delta\%$ físico e mental, CAP II, e $\Delta\%$ físico e mental, ainda o $\Delta\%$ físico e mental.

4.17.1 Comparativo inicial e final SF – 12 CAP I

Readaptados do grupo CAP I segundo percepção da qualidade de vida pelo SF -12.

Readap	Físico			Mental		
	Inicial	Final	$\Delta\%$	Inicial	Final	$\Delta\%$
1	23,4	38,6	64,95	45,2	43,9	2,8
2	38,4	37	3,64	58,9	67,3	5,77
3	33	31,8	3,67	43,4	52,7	21,4
4	32,7	30,9	5,5	37,2	31,8	1,45
5	40,5	42,2	4,2	64,3	65	1,09
6	49,7	43,5	12,47	41,6	61,3	4,73
7	53,6	54,8	2,24	60,8	59,8	1,64
8	38	39,5	3,95	44,7	55,9	25,1
9	32,5	31,3	3,69	31,2	45,7	46,5
10	48,0	33,7	29,8	47	56,6	9,6
11	55,3	56,6	2,35	60,7	60,8	0,16
\bar{X}	40,5	40,0	- 1,72	48,6	54,6	- 8,8
Mi	38,4	38,6	3,6	45,2	56,6	-1,1

Teste de Wilcoxon

$z=0,36$ $p=0,7221$

$z=1,87$ $p=0,0619$

$\Delta\%$ Físico X Mental CAP I (valores $\Delta\%$)

Teste Wilcoxon

$z=1,07$ $p=0,2860$

Para o grupo CAP I houve melhora nos escores tanto físico com mental. Sobressaindo o mental. Não houve significância na diferença entre os valores.

4.17.2 Comparativo inicial e final SF – 12 CAP II

Readaptados do grupo CAP II segundo percepção da qualidade de vida pelo SF -12.

Readap	Físico			Mental		
	Inicial	Final	Δ%	Inicial	Final	Δ%
1	47,6	41,8	12,18	41,1	47,5	15,6
2	23,2	32,8	80,17	46,8	34,9	25,43
3	43,3	34,7	19,86	56,8	54,4	4,22
4	24	53,6	123,3	23,1	60,8	163
5	48,6	42,2	13,16	39,5	30,7	22,28
6	29	29,5	1,72	36	42,6	18,3
7	27,5	22,6	17,82	64	64,8	1,25
8	49,1	44,5	9,36	29,4	33,7	14,6
9	56,2	44,2	21,35	43,8	63	43,8
10	39	30,3	22,3	22,4	51,4	129
11	43,3	34,5	20,32	40,3	44,3	9,92
12	42,2	39,2	7,11	52,6	47,1	10,45
13	30,2	37,1	22,85	45,2	36,4	19,47
14	34,7	44,4	27,95	52,6	55,7	5,9
15	37,3	18,8	49,6	40,6	54,8	35
16	35,1	42,5	21,1	53,8	43,4	19,33
17	26,5	20,2	23,77	56,5	47,2	16,46
18	48,2	50	3,73	60,6	58,8	2,97
19	43,6	31,5	27,75	39,2	53,8	37,2
20	21,2	26,5	25	32,8	33,5	2,13
21	30,4	35,1	15,46	33,4	31,3	6,29
22	35,5	37,6	5,91	55,4	53,6	3,25
\bar{X}	37,1	36,1	-3,8	43,9	47,44	-15,7
Mi	38,4	36,1	8,2	42,5	47,4	-1,7

Teste de Wilcoxon

z=0,80 p=0,4264

z=0,76 p=0,4455

Δ% Físico X Mental CAP II (Valores Δ %)

Teste de Wilcoxon

z=0,99 p=0,3221

Os resultados entre os valores foram diferentes. Para percepção de saúde física diminuiu em 22 pontos, já a mental aumentou 78 pontos. Não houve diferenças significantes entre saúde física e mental.

Para ambos os grupos a saúde mental inicial estava mais prejudicada do que a física, ao contrário do resultado da queixa principal e motivo de afastamento. Reforçando esse resultado dados internacionais sugerem que doenças neuropsiquiátricas contribuem em 14% da carga global de doenças. Esta proporção pode estar subestimada já que as relações entre problema de saúde mental e outros agravos à saúde só agora começam ser mais investigadas. Os transtornos mentais (9.7%) equivalem às doenças cardiovasculares (10,5%) em relação à carga global. De acordo com a OMS, 2004, o transtorno depressivo será individualmente a causa isolada de morbidade mais importante em países em desenvolvimento. Ainda há a associação entre transtornos de ansiedade e depressivos com coronariopatias e de depressão com diabetes⁽⁵²⁾.

No caso do CAP II, no qual a saúde física demonstrou o maior decréscimo não houve continuidade do seguimento das orientações com relação aos exercícios físicos específicos, relatado pela maioria, exceto respiração, que auxilia no controle da ansiedade.

A autopercepção de saúde é muito abrangente e fornece informações adicionais, incorporando os fatores de risco objetivos e subjetivos. Apesar da dificuldade de avaliar essa subjetividade, a avaliação da percepção sobre a qualidade de vida gera uma reflexão sobre a atitude individual para melhorar a qualidade de vida e a adoção de medidas preventivas. Porém quando o resultado da avaliação dos componentes físicos é negativo pode inspirar o descuido com relação à prevenção primária e secundária, como alimentação, atividade física, o uso de medicação regular, o que pode piorar a saúde em geral⁽⁵⁴⁾.

Num trabalho realizado por Freitas⁽⁵⁵⁾, 2014 com 21 profissionais, que realizaram atividades com educador não houve melhora no nível de humor, *Burnout* ou estresse ocupacional, mas houve melhora em alguns sintomas físicos dos participantes. Contrário aos resultados dessa pesquisa, que apresentou melhora nos aspectos mentais e piora nos físicos.

Acredita-se que o bem-estar dos profissionais de saúde seja importante, para que esse possa oferecer um serviço de qualidade. As intervenções dirigidas a esses profissionais contribuem para reduzir o risco de problemas devido à fragilização da

saúde ocupacional. Dentre outros benefícios, os exercícios físicos podem ser eficazes na redução do estresse ocupacional⁽⁵⁵⁾.

Durante a participação nessa capacitação essas pessoas puderam refletir sobre o próprio bem estar, o que pode ter chamado a atenção para aspectos antes não observados. Enfatizando a educação como ponto importante no manejo da própria qualidade de vida. O resultado dessa pesquisa reforça a subjetividade da percepção da qualidade de vida e o quanto ela é influenciada por outros fatores. Trabalhadores com alto esforço, baixa recompensa ou excesso de compromisso podem ter má qualidade de vida geral. A qualidade de vida pode ser comprometida pelas condições psicossociais adversas do trabalho⁽⁵⁶⁾.

Apesar de ter apresentado um resultado de melhora, o sofrimento psíquico é uma constante para o trabalhador da saúde que está exposto a cargas psíquicas estressantes, que afetam seu bem estar, levando a medicalização abusiva ou desnecessária, afastamentos, internações, readaptações funcionais e aposentadoria por invalidez⁽²⁴⁾. Quando esses encontram um espaço para refletir sobre si mesmos com atenção voltada para a própria saúde, podem perceber o quanto está debilitada, pois eles colocam a saúde do outro, do paciente acima da sua própria. Há resistência com relação a prevenção, atenção aos riscos a que está exposto e para admitir a doença e a falta de qualidade de vida. Os riscos concretos frequentes são naturalizados como mecanismos de defesa e são inconscientemente aceitos como parte normal do trabalho. O que pode trazer prejuízos a todos os aspectos da saúde, ameaçando a qualidade de vida⁽³⁴⁾.

Como parte da capacitação para essa pesquisa houve abordagem da consciência sobre si, suas necessidades, incluindo emocionais, sociais, culturais e financeiras. Foi discutido o tempo para si mesmo e autocuidados, salientando que deve ser uma prática prazerosa, combatendo “higiomania”, que impõe ao indivíduo a obrigação sobre o cuidado com a sua saúde e bem estar. Adoecer passa a ser perda de domínio e autocontrole sobre si. Esses podem ser alguns dos motivos que levam o trabalhador a não aceitar ou não falar sobre o seu adoecimento e criar mecanismos de defesa para mascarar ou ocultar o seu sofrimento. Para não parecer fraco e incomodar a família e a equipe de trabalho⁽³⁷⁾.

Mesmo não havendo diferenças significantes em vários aspectos observados durante a pesquisa os relatos dos indivíduos (APÊNDICE L) foram muito satisfatórios.

5 CONCLUSÃO

Os servidores são na maioria mulheres, auxiliares de enfermagem e nem todos mudaram de função após a readaptação. Não houve diferença significativa entre os grupos estudados em relação às dores e dificuldade de realizar atividades, o humor, as regiões apontadas com dor e sua relação com o trabalho e a percepção da qualidade de vida.

O impacto geral foi notado principalmente no grupo que já havia sido capacitado. Houve diferença da percepção sobre a saúde antes e já passados 2 ou 3 anos, o que sugere que houve aprendizagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados positivos foram observados na prática e dizem respeito a integração do grupo, a participação e apropriação de todas as atividades práticas, intervenções e debates riquíssimos durante a capacitação, os relatos de melhoras no dia-a-dia, a multiplicação das informações recebidas, a indicação da capacitação para outros colegas. Houve relato de aumento da tolerância em casa e no trabalho e melhor convivência com a dor.

Os relatos dão conta de que houve mudança na autoestima e na forma de encarar a vida; sentiram-se valorizados com a atenção específica, pois as capacitações foram delineadas a partir das demandas trazidas por eles com relação à saúde e qualidade de vida. Há um espaço próprio manifestado através de um grupo terapêutico semanal muito bem estruturado, o qual colaborou imensamente e facilitou o recrutamento dessa amostra. Há o reconhecimento da importância da parceria entre a Universidade e a Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Coordenadoria de Saúde Sul – São Paulo no cuidado com os readaptados. Também houve referências com relação à receptividade da Universidade, a qual manifestaram agradecimento e reconhecimento ao valor da instituição e da parceria

Perceberam a relação entre os aspectos musculoesqueléticos associados à qualidade de vida. Percebem-na como forma de prevenção e promoção de saúde, favorecendo a mudança no estilo de vida e no trabalho. Ambos os grupos se mostraram muito satisfeitos com a capacitação e aguardam outras oportunidades.

Os sujeitos relataram por escrito a própria percepção sobre a mudança nos aspectos específicos da qualidade de vida, complementando as informações obtidas por meio dos instrumentos (Apêndice M).

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 jul;18(7):1868.
2. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.
3. Kluthcovsky ACC, Takayanagui AMM. Qualidade de vida: aspectos conceituais. *Salus*. 2007 jan-jun;1(1):13-15.
4. Vaz-Serra A, Canavarro MC, Simões MR, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, Rijo D, Carona C, Paredes T. Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatr Clín*. 2006 [acesso 20 ago 2013];27(2):31-40. Disponível em: <http://baes.ua.pt/bitstream/10849/181/5/Estudos%20psicom%C3%A9tricos%20do%20instrumento%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
5. Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicol Teor Pesqui*. 2004 maio-ago [acesso 15 ago 2012];20(2):153-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v20n2/a08v20n2.pdf>.
6. Brasil VV, Zatta LT, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Zatta DT, Barbosa MA. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008 [acesso 20 ago 2013];10(2):383-394. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a10.htm>.
7. Farias RMB. Qualidade de vida, estilo de vida e possíveis lesões adquiridas durante atividades laborais. [Monografia]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2012. 20p. [acesso 20 ago 2013]. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/1121>.
8. Helfenstein Junior M, Goldenfum MA, Siena CAF. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. *Rev Assoc Med Bras*. 2012 [acesso 20 ago 2013] maio-jun;58(3):358-365. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000300018.
9. Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):14-20.
10. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004 mar-abr [acesso 20 ago 2013];20(2):580-588. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
11. Sullivan AB, Covington E, Scheman J. Immediate Benefits of a Brief 10-Minute Exercise Protocol in a Chronic Pain Population: A Pilot Study. *Pain Med*. 2010 apr;11(4):524–529.

12. Bertusso F, Carvalho M, Furtado MS, Murofuse NT. Promoção da saúde do trabalhador: análise das ações propostas por concluintes de um curso de capacitação (2012). *Semina Cienc Biol Saude*. 2014 jul-dez;35(2):39-50.
13. Coordenadoria de Gestão de Pessoas - CGP. Manual de Readaptação, Restrição funcional e Reabilitação. São Paulo: Prefeitura Municipal; 2012.
14. Prefeitura Municipal de São Paulo - PMSP. Atlas Municipal de Gestão de Pessoas. São Paulo: Prefeitura Municipal; 2013.
15. Hawker, GA; MIAN, S; Kendzerska, T; French, M. Measures of Adult Pain. **Arthritis Care e Research**. Vol 63, N S11, Novembro 2011, pp S240-S252. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.20543/pdf> Acesso em 26/11/2013.
16. Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública*. 2002 [acesso 26 nov 2013];36(3):307-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10492.pdf>.
17. Monteiro J, Faísca L, Nunes O, Hipólito J. Questionário de incapacidades de Roland Morris. *Acta Med Port*. 2010 [acesso 26 nov 2013];23(5):761-766. Disponível em: http://www.academia.edu/567190/QUESTIONARIO_DE_INCAPACIDADE_DE_ROLAND_MORRIS_Adaptacao_e_Validacao_para_os_Doentes_de_Lingua_Portuguesa_com_Lombalgia.
18. Sárdá Júnior JJ, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A, Thieme AL. Validação do questionário de incapacidade Roland Morris para dor geral. *Rev Dor*. 2010 [acesso 26 nov 2013];11(1):28-36. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1496.pdf>.
19. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*. 2000 [acesso 26 nov 2013];25(24):3115-3124. Disponível em: <http://www.asipp.org/reference/34Roland.pdf>.
20. Viana MF, Almeida PL, Santos RC. Adaptação portuguesa da versão reduzida de Perfil de Estados de Humor – POMS. *Anál Psicol*. 2001 [acesso 26 nov 2013];19(1):77-92. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v19n1/v19n1a08#page=16&zoom=150,0,820>.
21. Camelier AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP. [tese]. São Paulo: Universidade Federal do Estado de São Paulo; 2004.
22. Silveira MF, Almeida JC, Freira, RS, Haikal DS, Martins AEBL. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(7):1923-1931.

23. Siegel S, Castellan JRNJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 448p.
24. Cacciari P, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Dalmas JC. Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional. Rev Bras Enferm. 2013 nov-dez;66(6):860-5.
25. Toldrá RC, Dalton MTB, Santos MC, Lancman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. Rev Bras Saúde Ocup. 2010 [acesso 08 nov 2015];35(121):10-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/03.pdf>.
26. Lima RBTN. Uma análise da Readaptação Funcional no âmbito da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste – CRS Sudeste. [TCC: MBA]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2014 [acesso 02 nov 2015]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-9146>.
27. Carreiro TC. A escolha da função pública como campo de emprego para jovens adultos. Cad Psicol Soc Trab. 2014 [acesso 02 nov 2015];17(1):85-96. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v17nspe/a10v17nspe.pdf>.
28. Barros NMGC, Honório LC. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. REGE Rev Gest. 2015 jan-mar [acesso 15 jul 2015];22(1):21-39. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/102621/100887>.
29. Silva LA, Jenal S, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Rocha FLR, Mendes AMOC. Atendimentos aos trabalhadores da saúde em Unidade de Pronto Atendimento hospitalar. Cienc Cuid Saude. 2014 abr-jun;13(2):286-293.
30. Machado LSF, Rodrigues EP, Oliveira LMM, Laudano RCS, Nascimento Sobrinho CL. Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. Rev Bras Enferm. 2014 set-out [acesso 09 nov 2015];67(5):684-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0684.pdf>.
31. Maeno M, Takahashi MABC, Lima MAG. Reabilitação profissional como política de inclusão social. Acta Fisiatr. 2009;16(2):53-58.
32. Organização Mundial de Saúde – OMS. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tradução de Amélia Leitão. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2004 [acesso 27 set 2015]. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf.
33. Takahashi MABC, Iguti AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? Cad. Saúde Pública. 2008 nov [acesso 27 set 2015];24(11):2661-2670. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/21.pdf>.

34. Batista MJ, Juliani CMCM, Ayres JA. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2010 jan-fev [acesso 13 out 2015];18(1):[7telas]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4124/5016>.
35. Vivan CA. Acolhimento de servidores públicos readaptados: uma questão de saúde do trabalhador. [TCC: MBA]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2014. [acesso 02 nov 2015]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-9147>.
36. Vignoli M, Guglielmi D, Balducci C, Bonfiglioli R. Workplace Bullying as a Risk Factor for Musculoskeletal Disorders: The Mediating Role of Job-Related Psychological Strain. Biomed Res Int. 2015 [acesso 05 set 2015];2015:[8telas]. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/aa/712642/>.
37. Carneiro SAM. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. Rev Serv Público. 2006 jan-mar;57(1):23-49.
38. Previdência Social. Reabilitação Profissional: Articulando ações em Saúde do Trabalhador e construindo a Reabilitação Integral. Brasília, 2013. [acesso 07 nov 2015]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/Projeto-Reabilita%C3%A7%C3%A3o-Profissional-do-INSS-Texto-para-Constru%C3%A7%C3%A3o-Coletiva.pdf>
39. Nogueira CV, Andrade TN, Gomes BG. Grupo de Atenção à Saúde do Trabalhador como estratégia de enfrentamento do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho em servidores públicos: a experiência do governo do Ceará. In: Anais do 7º Congresso CONSAD de Gestão Pública; 2014; Brasília/DF. Brasília: Consad; 2014. [acesso 08 nov 2015]. Disponível em: http://banco.consad.org.br/bitstream/123456789/1106/1/C7_PP_GRUPO%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20%C3%80%20SA%C3%9ADE%20DO%20TRABALHADOR.pdf
40. Camelo SHH, Rocha FLR, Mininel VA, Santos APA, Garcia AB, Scozzafave MCS. Trabalhador de saúde: formas de adoecimento e estratégias de promoção à saúde. Rev Eletrônica Gest Saúde. 2014;05(03):2220-29.
41. Machado ABM. Neuroanatomia funcional. São Paulo: Atheneu; 2002.
42. Andrews S. Stress ao seu favor: como gerenciar sua vida em tempos de crise. São Paulo: Ágora; 2015.
43. Busquet L. Las Cadenas Musculares. 8ª ed. Barcelona: Paidotribo; 2002. Tomo I.
44. Myers TW. Trilhos anatômicos. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

45. Denys-Struyf G. Cadeias musculares e articulares: método GDS. 4ª ed. São Paulo: Summus; 1995.
46. Caffaro RR, França FJR, Burke TN, Magalhães MO, Ramos LAV, Marques AP. Postural control in individuals with and without non-specific chronic low back pain: a preliminary case-control study. *Eur Spine J.* 2014 [acesso 09 jul 2015];23:807–813. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24570125>.
47. Ceccim RB, Bravin FP, Santos AA. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o sistema Único de Saúde como política pública. *Lugar Comum.* 2011 dez [acesso 07 set 2015];(28):159-180. Disponível em: http://uninomade.net/wp-content/files_mf/110810121246Educacao%20na%20saude%20saude%20coletiva%20e%20ciencias%20politicas%20-20Ricardo%20Burg%20Ceccim%20F%C3%A1bio%20Pereira%20Bravin%20e%20Alexandre%20Andr%C3%A9%20dos%20Santos%20.pdf
48. Oliveira AMR. Qualidade de Vida no Trabalho: trabalhadores que convivem com dor crônica – o que eles esperam das empresas. *Rev Bras Qual Vida.* 2011 jan-jun;03(02):33-43.
49. Vieira A, Nonnenmacher LFQ, Bartz PT, Bueno AF, Macedo DS. Perfil de usuários com dores musculoesqueléticas crônicas encaminhados ao “grupo de coluna”. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2014 jul-set; 38(3):571-584.
50. Falavigna A, Carlotto, MS. Tendência Temporal de Afastamento do Trabalho por Transtornos Mentais e Comportamentais em Enfermeiros (1998-2008). *Rev Psicol Organ Trab.* 2013 set-dez [acesso 08 ago 2015];13(3):363-372. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v13n3/v13n3a12.pdf>.
51. Ribeiro NF, Fernandes RCP. Distúrbios musculoesqueléticos em membros inferiores em trabalhadoras de enfermagem. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2011 jan-mar [acesso 20 jul 2015];31(1):128-142. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1022/pdf_319.
52. Sessle, B. Unrelieved pain: A crisis. *Pain Res Manage* 2011; [acesso em 09 nov 2015] 16(6): 416-420. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298049/pdf/prm16416.pdf>
53. Nunes, MA; Alves, MGMA; Chor, D; Schmidt, MI; Duncan, BB. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Schedule-Revised Version) para o português no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). *Rev HCPA* 2011; [acesso em 18 out 2015] 31 (4). <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/104746>
54. Ul-Haq Z, Mackay DF, Pell JP. Association between physical and mental health-related quality of life and adverse outcomes; a retrospective cohort study of 5,272 Scottish adults. *BMC Public Health.* 2014 [acesso 09 set 2015];14:1197. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-1197.pdf>.

55. Freitas, AR; Carneseca, EC; Paiva, CE; Paiva, BSR. Impacto de um programa de atividade física sobre a ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de Burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014; [acesso 10 jul 2015] 22(2):332-6. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00332.pdf

56. Teles et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. Health and Quality of Life Outcomes 2014, [acesso 07 nov 2015] 12:72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122097/pdf/1477-7525-12-72.pdf>

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOBRE OS DADOS DEMOGRÁFICOS

Dados Demográficos (**Não coloque seu nome**)

Data do preenchimento: _____/_____/_____.

1. Sexo () Feminino () Masculino
2. Idade: _____anos.
3. Escolaridade:_____.
4. Função na admissão:_____.
5. Função após a readaptação: _____.
6. Tempo de readaptação:_____.
7. Motivo da readaptação:_____.
8. Queixa principal: _____.
9. Você considera sua função após a readaptação adequada?
() Sim () Não
10. Você acha que estão respeitando seus direitos como readaptado?
() Sim () Não
11. Você faz que tipo de tratamento:
() Psicológico individual
() Psicológico em grupo
() Fisioterapia
() Homeopatia
() Médico
() Medicamento
() Está aguardando vaga
() Não faz tratamento
() Outro. Qual: _____.
12. Por que você veio fazer esse curso:_____.

13. O q você espera desse curso: _____.

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADES DE ROLAND MORRIS – ADAPTADO

Instruções: quando você sente dor encontra dificuldade em fazer alguma coisa que normalmente faz. Leia essa lista e pense em você HOJE.

	PERGUNTAS	SIM	NÃO
1	Fico em casa a maior parte do tempo por causa de dor		
2	Mudo de posição frequentemente tentando diminuir a dor		
3	Ando mais devagar que o habitual por causa da dor		
4	Por causa da dor não estou fazendo nenhum dos trabalhos que geralmente faço em casa		
5	Por causa da dor eu uso corrimão para subir escada		
6	Por causa da dor, eu me deito para descansar com mais frequência		
7	Por causa da dor eu tenho que me apoiar para levantar de uma cadeira normal		
8	Por causa da dor, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim		
9	Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa das minhas dores		
10	Eu fico em pé por períodos curtos de tempo por causa das minhas dores		
11	Por causa das minhas dores evito abaixar, ajoelhar, levantar os braços ou segurar peso.		
12	Encontro dificuldade em me levantar de uma cadeira		
13	Tenho dores quase o tempo todo		
14	Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das dores		
15	Meu apetite não é muito bom por causa das dores		
16	Tenho problemas para colocar meias por causa de dores		
17	Caminho apenas curtas distâncias por causa das dores		
18	Não durmo tão bem por causa das dores		
19	Por causa das minhas dores preciso de ajuda de outras pessoas para me vestir		
20	Fico sentado a maior parte do dia por causa das dores		
21	Evito trabalhos pesados em casa por causa das dores		
22	Por causa das dores fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual		
23	Por causa da dor subo escadas mais devagar que o habitual		
24	Fico na cama a maior parte do tempo por causa da dor		

APÊNDICE C
AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS ESTADOS DE HUMOR –
POFILE OF MOOD STATES (POMS)

Abaixo está uma lista de palavras que descrevem sentimentos. Por favor, leia tudo atentamente. Em seguida assinale, em cada linha, o quadrado que melhor descreve **COMO VOCÊ SE SENTE AGORA**. Tenha certeza de sua resposta para cada questão antes de assinalar. Assinale todos os itens.

	1 Nada	2 Um pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
APAVORADO					
ANSIOSO					
CANSADO					
TENSO					
CONFUSO					
ALERTA					
BEM DISPOSTO					
ENERGÉTICO					
PREOCUPADO					
DESANIMADO					
INFELIZ					
TRISTE					
IRRITADO					
INDECISO					
ANIMADO					
COM RAIVA					
DEPRIMIDO					
INSEGURO					
SONOLENTO					
ESGOTADO					
ATIVO					
EXAUSTO					

APÊNDICE D

**OPINIÃO SOBRE A CAPACITAÇÃO
CAP I**

OPINIÃO SOBRE A CAPACITAÇÃO

1. Os assuntos dados foram interessantes? () SIM () NÃO
2. A forma que a aula foi dada foi boa? () SIM () NÃO
3. As orientações dadas foram simples? () SIM () NÃO
4. Você acha que conseguirá seguir as orientações:
- () Todas
 - () Pouco
 - () Muito pouco
 - () Nada
5. Você acha que as orientações mudarão sua qualidade de vida:
- () Bastante
 - () Pouco
 - () Muito pouco
 - () Nada
6. Por favor, escreva sua opinião e sugestões:

Muito obrigada por ter participado!!!

APÊNDICE E
QUESTIONÁRIO COMPARATIVO CAP II

Questionário

Em que ano você fez a primeira capacitação

() 2012

() 2013

Como você achava que era sua qualidade de vida **ANTES** da capacitação:

	Escreva um número de 0 a 10 (zero péssimo, 10 ótimo)
SAÚDE FÍSICA (dor, agilidade, trabalho, casa)	
SAÚDE MENTAL (memória, atenção)	
SAÚDE EMOCIONAL (tristeza, depressão)	

Você ainda segue orientações que foram dadas? Dê uma nota de 0 (nada) a 10 (tudo)?

_____.

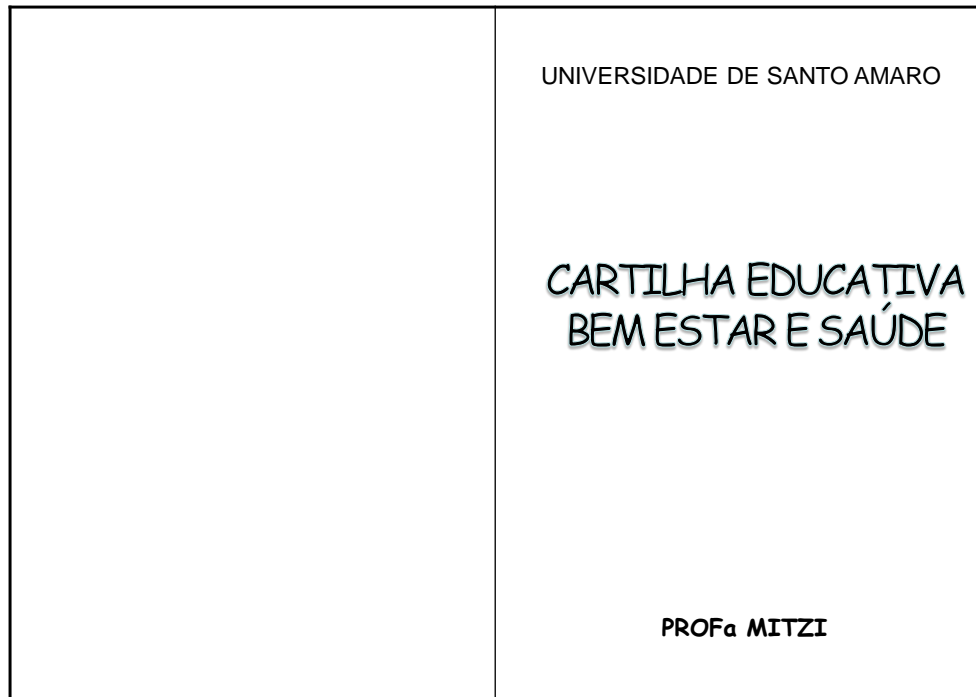
Das orientações recebidas quais você ainda segue:

	Escreva quanto (de 0 a 10)
Respiração () Sim () Não	
Automassagem () Sim () Não	
Relaxamento () Sim () Não	
Alongamento () Sim () Não	
Fortalecimento () Sim () Não	
Postura () Sim () Não	

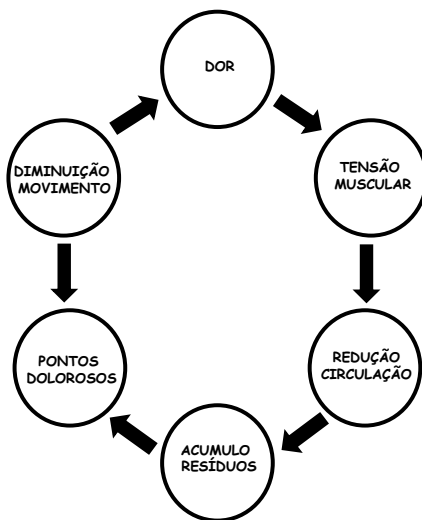
Hoje, de 0 a 10, qual nota você dá para:

	Nota (de 0 a 10)
Atividade em casa ou no trabalho (varrer casa, pegar objetos)	
Desempenho físico (caminhada, subir escadas)	
Dor	
Saúde geral	
Vitalidade	
Relação social (amigos, família)	
Saúde emocional (tristeza, depressão, raiva, nervoso)	
Saúde mental (memória, atenção)	

APÊNDICE F
CARTILHA



Ciclo da dor



Benefícios da automassagem

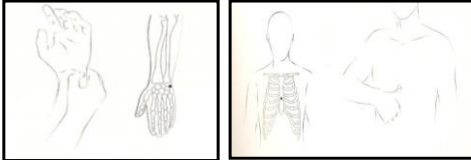
- Ativação da circulação sanguínea: melhora da oxigenação do corpo e da eliminação de impurezas;
- Diminuição das dores musculares: com a aplicação da automassagem ocorre o relaxamento da musculatura e a consequente redução das dores e dos sintomas do cansaço (fadiga muscular);
- Alívio das tensões emocionais: a prática diária da automassagem reduz as tensões ocasionadas pelos problemas diários.

Você Sabia... 2

Auto massagem:

O ato de massagear a si mesmo é uma ação de conforto pessoal, ou seja, trata-se de uma ação que fazemos quase sem perceber.

Ansiedade e nervosismo:



Dor de cabeça, enxaqueca e insônia:

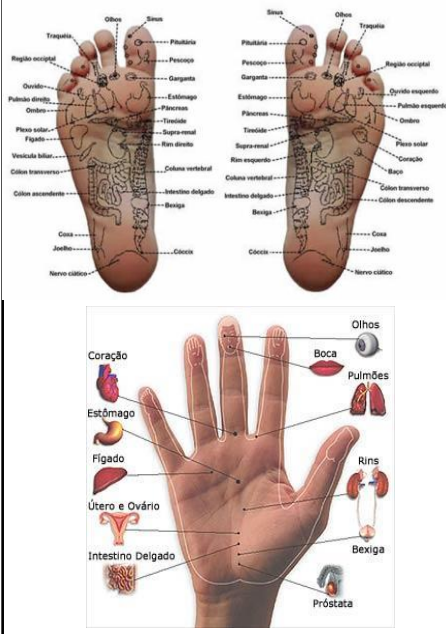


Pressionar e segurar por alguns seg.

Dicas de Bem Estar e Saúde 7

- Realize exercício físico e/ou pratique esporte.
- Controle a dieta.
- Atitudes saudáveis (Não fumar e Não beber).
- Arrume um hobby.
- Aprenda a relaxar com massagem.
- Procure conversar com outras pessoas, melhore seu relacionamento.
- Prefira filmes divertidos e leves.
- Aprenda a ver o lado mais positivo da vida.
- Não faça tudo sozinho, peça ajuda.
- Querer nem sempre é poder. Não se proponha a realizar tarefas impossíveis.
- Quando sair de férias deixe de se preocupar tanto.
- Planeje melhor a vida, uma agenda é uma boa dica.

Pontos de reflexologia



Aula de Ginástica ⁶

Você sabia ...


1ª. Parte: Aquecimento (20%)
 2ª. Parte: Parte Principal (60 -70%)
 3ª. Parte: Volta à Calma (10- 20%)

Atividade Física X Exercício Físico


- **Atividade Física** - é definida como qualquer atividade onde exista gasto energético maior que no repouso.
- **Exercício Físico** - é definido como qualquer atividade física que tenha intensidade, frequência e duração previamente definidos.

(CHEIK et al., 2003)


3



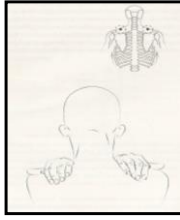
• Irritação e cólicas em geral



• Exaustão física e mental



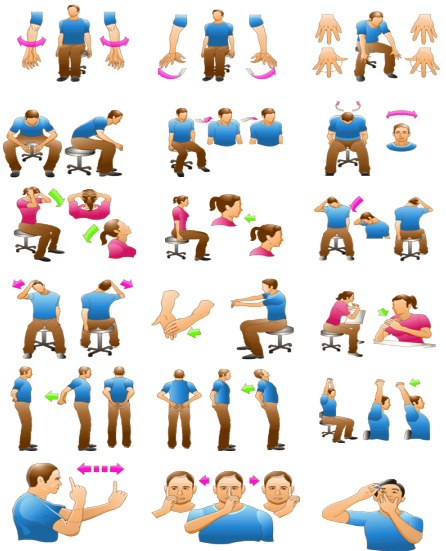
• Dores em geral



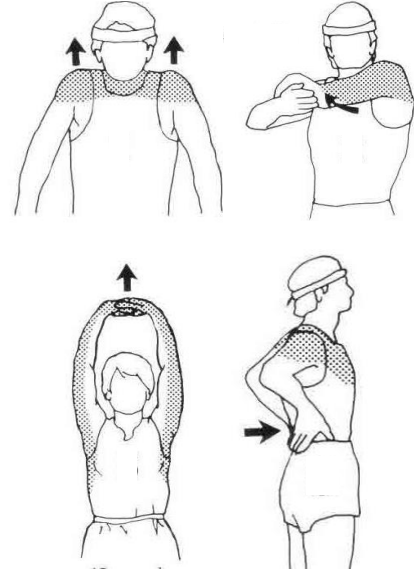
• Tensão muscular

Pressionar e segurar por alguns seg.

EXERCITE-SE DURANTE O TRABALHO



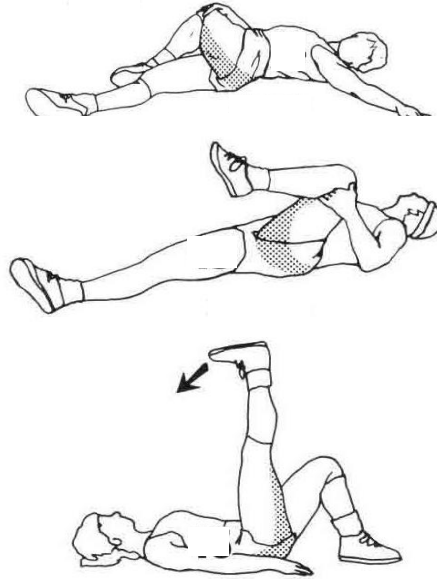
ALONGAMENTOS



ALONGAMENTOS



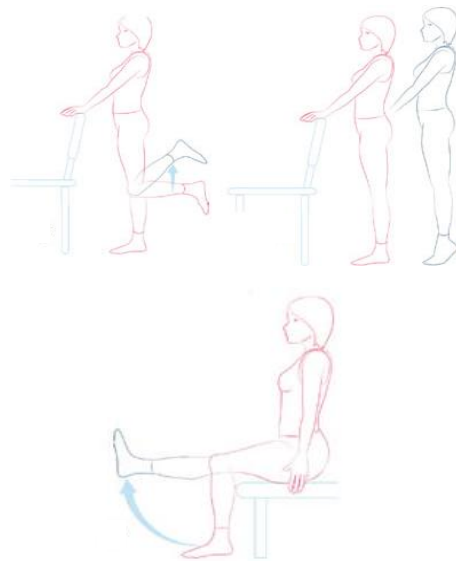
ALONGAMENTOS

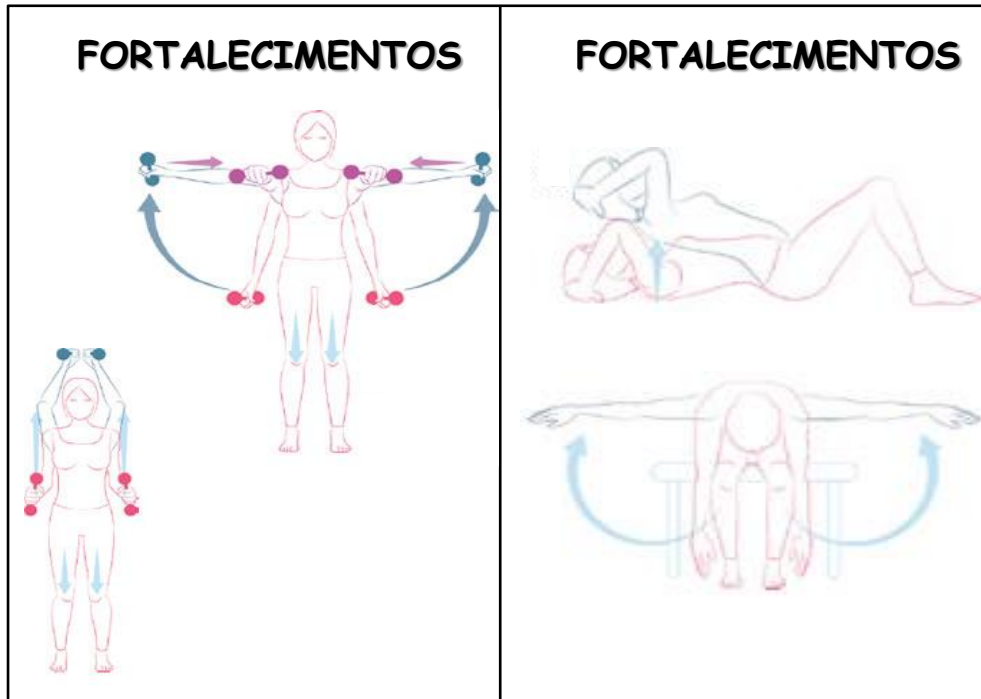


ALONGAMENTOS



FORTALECIMENTOS





Dicas para uma boa postura

- 1 - Evite assistir televisão deitado.
- 2 - Evite ficar muito tempo com a cabeça baixa como ao passar roupa, fazer tricô e nos casos de leitura prolongada.
- 3 - Evite flexionar (dobrar) a coluna para pegar objetos ou peso do chão. Procure sempre dobrar os joelhos.
- 4 - Evitar ou Reduzir o excesso de peso (obesidade).
- 5 - Procure sentar de maneira correta, evite sofá muito macio e cadeira sem encosto ou banquinho.
- 6 - Procure fazer períodos de intervalo no uso do computador.
- 7 - Caminhe com a coluna alinhada, olhando para frente.
- 8 - Pratica de atividade física (como a caminhada) regularmente.
- 9 - Procure adaptar os móveis de sua casa e do trabalho de acordo com a sua altura.
- 10 - Evite carregar peso somente de um lado.
- 11- Evite dormir de bruços (de barriga para baixo).
- 12- Evite fazer musculação sem uma orientação adequada.
- 13- Evite usar sapato de salto muito alto.
- 14- Evite se virar bruscamente para olhar atrás de você.

Os perigos da posição sentada... 4

Sentar... é um dos atos mais básicos do ser humano e que significa a posição de descanso enquanto comemos, conversamos, relaxamos e até enquanto trabalhamos, pois é a mais confortável e até menos cansativa que a em pé.



Entretanto, essa posição aparentemente inofensiva é a que mais agride a nossa coluna, e quando permanecemos sentados horas a fio, concentrado apenas no trabalho, **SEM ALTERNAR A POSTURA** e/ou **MOVIMENTAR O CORPO**, pode favorecer no aparecimento de alguns desconfortos e sintomas, tais como:

- Tensões musculares nos ombros e pescoço;
- Diminuição da circulação sanguínea, sendo que o retorno venoso das extremidades (pernas) ficam prejudicadas;
- Sentado com o tronco inclinado a frente, o tórax pode ser comprimido e prejudicar principalmente a sua respiração;



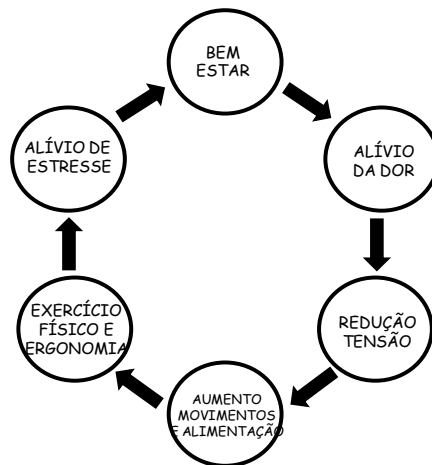
• Aparecimento de **DORES NAS COSTAS** também conhecida como **LOMBALGIA**. E em casos mais crônicos ela pode surgir até mesmo quando a pessoa estiver assistindo TV.



TRABALHANDO SABIAMENTE COM O CORPO 5



Ciclo do bem estar



<http://northaustinwellness.com>

APÊNDICE G

CARTA DE SOLICITAÇÃO

Coordenadoria Regional de Saúde Sul - SP

CARTA DE SOLICITAÇÃO

São Paulo, 03 de julho de 2015.

At.: Dra. Tania Zogbi Sahyon, Coordenadora Regional de Saúde Sul

Ref.: Solicitação de Autorização

Prezada Coordenadora,

Venho solicitar a VS a realização da pesquisa: PARCERIA ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES COM AGRAVOS CRÔNICOS.

Os objetivos dessa pesquisa são: verificar o impacto de intervenção através de orientações específicas sobre a qualidade de vida de servidores públicos readaptados; capacitar servidores públicos readaptados sobre como melhorar a condição física dos readaptado. Para tanto solicito autorização para desenvolver a pesquisa durante a realização dos Cursos de Capacitação em Saúde e Qualidade de vida para Servidores Afastados e Readaptados serão realizados pela Universidade de Santo Amaro em parceria com a Oficina de Acolhimento para servidores com restrição ou adaptação de função da CRSSUL – SP.

A metodologia constará de um levantamento de dados baseado na aplicação de questionários cegos, de múltipla escolha, tendo como sujeito de pesquisa os servidores afastados e readaptados participantes do referido curso ministrado por professor da Universidade de Santo Amaro. Essa pesquisa será submetida ao COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA da Universidade de Santo Amaro e todos os dados coletados serão para uso exclusivo desse estudo e para fins acadêmicos. E a aplicação se realizará somente após sua aprovação.

Atenciosamente,

Angela Mitzi Hayashi Xavier
PESQUISADORA

APÊNDICE H

Coordenadoria Regional de Saúde Sul - SP

**Declaração da Coparticipante
(Carta Circular Nº 0212/CONEP/CNS, 21/10/2010)**



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

São Paulo, 21 de Julho de 2015.

Ao
Comitê de Ética de Pesquisa


A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) ratifica a patente pesquisa “PARCERIA ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES COM AGRAVOS CRÔNICOS” e orienta o presente pesquisador, que tem por responsabilidade atender aos requisitos necessários para este instrumento, devendo ter continuidade, respeitando o artigo 1º da Portaria SMS-G de Nº 523 de 24 de Agosto de 2005 que diz:

“Todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos a se realizar no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, deve ser enviado ao CEP/SMS, devidamente instruído, de acordo com as normas vigentes e deve aguardar o parecer aprovado do CEP/SMS, para que sejam iniciados os procedimentos de pesquisa. Assim, o projeto deve ser entregue ao CEP para ser analisado.”

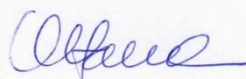
Fica o pesquisador responsável por encaminhar ao RH-Desenvolvimento da CRS-SUL, scaneado, o parecer do CEP de SMS.

O pesquisador tem o compromisso de redigir relatório final e apresentar o resultado de sua pesquisa em Reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da CRS- Sul (segundo agendamento do serviço de Desenvolvimento- Gestão de Pessoas) e, assim avaliado, em conformidade com a sua qualidade e finalidade e posteriormente indexado na Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo – BVS/SMS

Atenciosamente



Angela Mitzi Hayashi Xavier
Pesquisador



Maria Laura Deorsola
Coordenadoria Regional de Saúde Sul

APÊNDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **PARCERIA ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES COM AGRAVOS CRÔNICOS.**

O motivo que nos leva a essa pesquisa é saber sobre o bem estar e qualidade de vida dos servidores após realização de um curso de capacitação. A pesquisa se justifica pelo fato de esse curso fazer parte da preocupação com os servidores readaptados á fim de melhor atendê-los na suas necessidades. O objetivo desse projeto é verificar o que acontece na qualidade de vida dos readaptados após realização de curso com orientações gerais e específicas sobre atividade física e bem estar.

Para participar dessa pesquisa você deverá participar do Curso de Capacitação e responder alguns questionários no primeiro e no último dia do curso, que serão os mesmos. Nenhum desses questionários terá nenhuma identificação sua. Não haverá nenhum desconforto para você, exceto participar das atividades, dos exercícios durante o curso e preencher os questionários.

O curso será promovido pela Universidade de Santo Amaro, e terá duração de 16 horas, sendo um encontro por semana, de quatro horas, com aulas e atividades práticas. Você não poderá ter mais de uma falta. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados dessa pesquisa, se você quiser, serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada pelo pesquisador no curso de fisioterapia da Universidade de Santo Amaro e outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. No caso você sofrer algum dano por causa dessa pesquisa, o que exclui os problemas anteriores, a pesquisadora compromete-se a encaminhá-lo para o ambulatório de reabilitação da Universidade de Santo Amaro bem como atendê-lo durante o período necessário se for da sua vontade e conforme nexos causal.

São Paulo. ____ / ____ / ____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Angela Mitzi Hayashi Xavier certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora no telefone (11) 2141-8846 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro, Rua Profº. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Telefone 2141-8657.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome _____

Assinatura do Participante

Nome _____

Assinatura do Pesquisador

Nome _____

Assinatura da Testemunha

(SOMENTE PARA O RESPONSÁVEL DO PROJETO)

Declaramos que obtivemos de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação nesta pesquisa.

São Paulo, ___/___/___

Angela Mitzi Hayashi Xavier
Pesquisadora responsável

APÊNDICE J

PARECER CEP - UNISA

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARCERIA ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES COM AGRAVOS CRÔNICOS.

Pesquisador: Angela Mitzi Hayashi Xavier

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36401114.5.0000.0081

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.184.509

Data da Relatoria: 13/08/2015

Apresentação do Projeto:

Não há modificações estruturais no projeto original.

Trata-se de EMENDA, que em virtude da baixa adesão de sujeitos de pesquisa na fase de captação de voluntários na Secretaria de Saúde de Embu Guaçu, solicita a inclusão da Coparticipante "Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo" para a continuidade da coleta dos dados, com um público diferente do proposto inicialmente.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa permanecem os mesmos da proposta inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há modificações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não houve modificação nos parâmetros da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de nova Coparticipante - Assinada e adequada

Recomendações:

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 1.184.509

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADA a EMENDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 13 de Agosto de 2015

Assinado por:
José Antonio Silveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

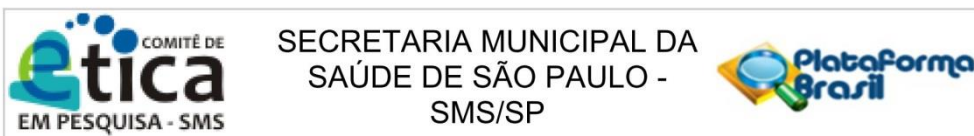
Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

APÊNDICE K

PARECER CEP

Secretaria Municipal de Saúde



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARCERIA ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE SERVIDORES COM AGRAVOS CRÔNICOS.

Pesquisador: Angela Mitzi Hayashi Xavier

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36401114.5.3001.0086

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.199.014

Apresentação do Projeto:

Será realizado um ensaio clínico e de coorte transversal.

A pesquisa será realizada durante Curso de Capacitação Saúde e Qualidade de vida para servidores afastados ou readaptados por causas diversas da Coordenadoria Regional de Saúde – Sul da Prefeitura Municipal de São Paulo (CRSSUL - SP), a partir de 15/09/15, nas reuniões semanais do próprio grupo, realizadas no Paço Cultural Júlio Guerra (Casa Amarela) Praça Floriano Peixoto, 131, Santo Amaro – São Paulo.

Serão divididos em dois grupos de 30 pessoas e participarão de um curso de Capacitação. Serão aplicados questionários sobre dor, humor e qualidade de vida antes e após a realização do curso. A ambos os grupos serão aplicados os mesmos instrumentos ao início e final do curso. A Escala Visual Analógica para quantificar a dor. É uma medida unidimensional de intensidade de dor composta por uma linha horizontal de 10 cm de comprimento, em cada extremidade a intensidade da dor, que varia de 0, “nenhuma dor” a 10 “pior dor possível” nas últimas 24hs, o próprio indivíduo preenche.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Verificar o impacto de intervenção por meio de orientações específicas, de curso sobre a qualidade de vida, em servidores públicos afastados e readaptados.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

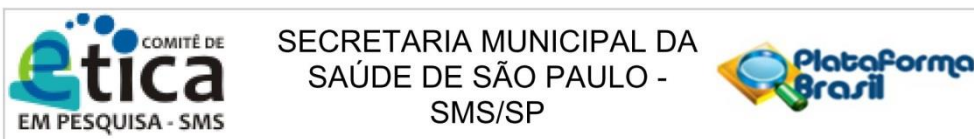
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.199.014

Objetivo Secundário: Verificar em relação os servidores: as características pessoais, profissionais; a percepção sobre sua condição física e humor, as sensações dolorosas referidas e a percepção da qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos previstos, porém caso o participante relate incômodo durante o procedimento, receberá orientações fisioterapêuticas específicas imediatamente e caso queira, será encaminhado ao serviço de fisioterapia da Universidade de Santo Amaro ou da Prefeitura do Município de Embu Guaçú.

Benefícios:

Os participantes receberão capacitação sobre bem estar e saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

Pesquisadora informa que a data prevista para início da coleta dos dados é 15/09/15.

TCLE, financiamento e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

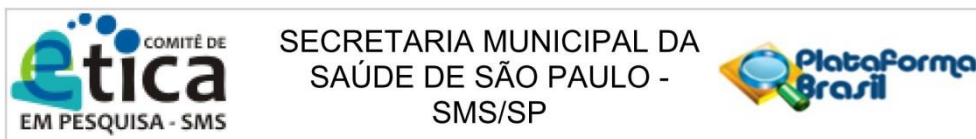
Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: CENTRO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.199.014

forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

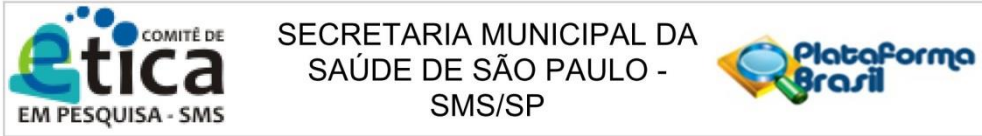
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.pdf	03/08/2014 21:12:54		Aceito
Outros	Carta de esclarecimento ao sujeito.pdf	03/08/2014 21:13:33		Aceito
Outros	Dados Demográficos.pdf	03/08/2014 21:15:06		Aceito
Outros	Cartilha Educativa.pdf	03/08/2014 21:15:52		Aceito
Outros	Escala Visual Analógica.pdf	03/08/2014 21:16:48		Aceito
Outros	Questionário Nórdico.pdf	03/08/2014 21:17:28		Aceito
Outros	Questionário ROLAND MORRIS.pdf	03/08/2014 21:19:17		Aceito
Outros	Questionário Humor.pdf	03/08/2014 21:19:52		Aceito
Outros	SF - 36.pdf	03/08/2014 21:20:31		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	15/08/2014 16:16:01		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_371663.pdf	15/08/2014 16:21:17		Aceito
Outros	Aceite_Coordenadoria 2015.pdf	30/07/2015 16:22:32		Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_806976.pdf	30/07/2015 16:28:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO ATUAL.pdf	30/07/2015 22:31:37		Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.199.014

Investigador	PROJETO ATUAL.pdf	30/07/2015 22:31:37		Aceito
Outros	SOLICITAÇÃO DE EMENDA .pdf	31/07/2015 20:44:50		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_561426 E1.pdf	31/07/2015 20:48:54		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Agosto de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

APÊNDICE L
RELATOS DOS READAPTADOS
CAP I

O curso foi bem informativo, com dinâmicas e métodos interessantes que me levou a refletir sobre minha saúde.

Recebi o curso muito interessante as orientações de muito valor. Acho que deveria ter um pouco mais de horas e algum lugar para treinar ainda mais as exercícios.

As orientações passadas mostram como simples movimentos corporais, muda toda sua qualidade de vida. Como saber os pontos certos ajudam e melhoram seu corpo e mente.

Foi muito bom, este curso, eu aprendizado muito valioso. Gostaria que houvesse mais oportunidade igual a esta, com novos cursos com toda esta dedicação da Mitzu.

Aprendi a ter controle sobre
 as dores do meu corpo e como
 aliviar meu stress. Gostaria
 de poder fazer outros cursos voltados
 para este fim.

Gostaria que tivesse mais cursos para nós
 readaptados, pois as orientações nas aulas
 foram bem clara e objetivas, para mim
 foi ótima gostaria de participar
 mais, porque foram pouco tempo mais foi proveitoso.

Foi muito importante: para mim as informações
 como: lidar e aliviar as dores; e como
 conviver com elas. aprendi alongar o meu
 corpo. no espaço livre durante o dia e
 mesmo horários de trabalho

APÊNDICE M
RELATOS DOS READAPTADOS
CAP II

Este é o primeiro curso
que eu faço, gostei muito
e observei que os adapta-
dos mais antigos, tiveram
muita ganho com estes cursos.

Espero que tenham mais
paço nos ajudarem nesta ca-
minhada, que muitas vezes
são difíceis, e que precisamos
muito de apoio.

Acho que estas capacita-
ções vêm ajudar muito na
qualidade de vida, porém
elas infelizmente demoram a
acontecer, deveriam ser menos
espassadas, porque algumas
coisas acabam ficando esque-
cidas e/ou tempo. Mas obrigada
por tentar nos ensinar e relem-
brar uma forma de viver
melhor.

No primeiro curso que ocorreu em 2012. Eu aprendi a praticar alguns exercícios que me ajudou a recuperar minha alta estíma, vetei a estudar, não peguei mais ciência média, desde do curso, aprendi também, as técnicas de respiração, valei apenas.

Esse curso atual aprendi mais na teoria, é conhecimento em geral das patologias ósseas.

Des da primeira vez eu gostei mas não tive condições de colocar em prática. Voutei novamente foi muito bom penso que eu só não consigo colocar em prática tudo que aprendi aqui. Como cada dia que passa eu estou cada vez mais debilitada teria que ter uma profissional para me acompanhar eu teria melhor qualidade de vida. Muito obrigado por tudo.

São Paulo, 22 outubro 2015

A capacitação foi um aprendizado

Valioso, tem influenciado de maneira positiva a ~~o~~ minha qualidade de vida, minha auto-estima e meu autocuidado.

Foi uma grande oportunidade poder participar das aulas, que tiveram um conteúdo muito bem explicado e exemplificado, creio que servirá para todo o resto da minha vida e de outros que eu puder repassar.

Com ênfase a tudo que vivenciei, pode ver como é importante nos capacitarmos para evitar problemas futuros. O curso me ensinou métodos de proteção do meu corpo e me ajudou ver de uma forma diferente como me movimentar.

Adriani

SÃO PAULO 22/10/15

Participei dos cursos de CAPACITAÇÃO FÍSICO E EMOCIONAL DE 2012 E 2015, E TIVE A OPORTUNIDADE DE APRENDER MUITO E QUE ME AJUDOU MUITO, ENTENDO QUE FEZ TODA DIFERENÇA NA MINHA SAÚDE EM TUDO QUE COLOQUEI E PRÁTICA

Todas as capacitações feitas com os readaptados da prefeitura-saúde foram bastante válidas, esclarecendo e mostrando outra visão das limitações físicas/mentais/emocionais de cada sujeito.

Penso que já é um caminho que ao ser percorrido trará sempre melhora na qualidade de vida de qualquer participante.
Obrigade!

no 1º Curso. Eu estava muito
curiosa em saber se me
faria algum bem.

2015

2º Curso posso agradecer
tudo que aprendi
por meu bem estar e saúde
agradeço muito a todos
que deram esse curso. miltes.

Para mim todos os anos
que houve o curso foi
muito proveitoso p/ minha
vida profissional, familiar
e social, sendo que o curso
foi interativo: cada
vez mais. Obrigada

Tanto esse como o de 20/3
foi propositado aprendamos até como
respirar, contemos com você e
os próximos que virão

Ter esta capacidade para
mim, é aprender muitas
coisas novas, estar cheio
de ideias, sentir o calor
humano no grupo!
E poder expressar meus
sentimentos e ouvir!

D=1 A IMPRESSÃO QUE EU TIVE É QUE
 SEMPRE VALEU A PENA O CURSO DE 2012 E
 ESTE DE AGORA, GOSTEI MUITO E ESPERO
 QUE ESTE E OUTROS AINDA VÃO TER, PELA
 QUE NÓS RETOMAMOS E VEJAMOS A IMPOR-
 TÂNCIA DE CONTINUAR A NOSSA CAMINHADA
 COM QUALIDADE DE VIDA E POSTURA

OBRIGADO

Pra mim ficou
 a impressão que o
 2º curso serviu de
 fortalecimento e
 que gostaríamos
 de termos uma
 sequência desse
 aprendizado.

Nosso agradecimento

Ajudou viver melhor a vida
 Aprender conviver com os doentes
 no dia a dia. Melhor disso
 Tudo foi a sua companhia
 como nossa orientadora, mãe
 Obrigada por tudo. Inês.

Foi muito bom tudo que
 aconteceu. ~~Tudo que aconteceu~~
 não podemos ~~o~~ refletir, sobre
 a nossa saúde. pensar de
 uma maneira mais positiva
 que é muito importante ter
 uma qualidade de vida
 melhor. a gente se vê
 como é super, a importância
 de não cuidar. fica a meu
 muito obrigado.

São Paulo 22.10.2015

Achei ótimo esses cursos
pois nos ensinaram muito
em relação a viver melhor
sermos mais tolerantes e mais
seguros.

ANEXO A
ESCALA VISUAL ANALÓGICA
EVA

Localize sua dor nessa linha:

0
(Nenhuma dor)

10
(Pior dor possível)

ANEXO B

QUESTIONÁRIO NÓRDICO DOS SINTOMAS OSTEOMUSCULARES

QUESTIONÁRIO NÓRDICO DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES

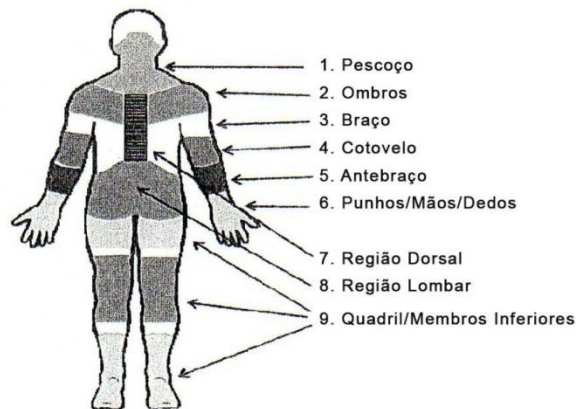
Baseado no desenho abaixo e **marque com X** com que freqüência você sente dor, formigamento, dormência ou desconforto nessas regiões. Sendo:

0 NÃO

1 RARAMENTE

2 COM FREQUENCIA

3 SEMPRE



Nos últimos doze meses você tem sentido algum problema (dor, dormência, formigamento, desconforto) em alguma dessas regiões:

1.	Pescoço / região cervical	0	1	2	3
2.	Ombros	0	1	2	3
3.	Braços	0	1	2	3
4.	Cotovelos	0	1	2	3
5.	Antebraços	0	1	2	3
6.	Punho / Mão / Dedos	0	1	2	3
7.	Região dorsal	0	1	2	3
8.	Região lombar	0	1	2	3
9.	Quadril / membros inferiores	0	1	2	3

Considerando as respostas acima, em qual caso você acha que os sintomas estão relacionados ao trabalho que realiza? (pode assinalar mais de um item).

- 1 () Nenhum deles
- 2 () Problemas na região do Pescoço / região cervical
- 3 () Ombros
- 4 () Braços
- 5 () Cotovelos
- 6 () Antebraços
- 7 () Punho / Mão / Dedos
- 8 () Região dorsal
- 9 () Região lombar
- 10 () Quadril / membros inferiores

ANEXO C
Medical Outcomes Study Short-Form 12
SF 12

Data da Avaliação: ___/___/___

Data de nascimento: ___/___/___

1. Em geral diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
-----------	-----------	-----	------	------------

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?

	Sim. Muita dificuldade	Sim. Pouca dificuldade	Não. Nenhuma dificuldade
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.			
Subir escadas com três degraus ou um pouco mais.			

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum problema com o seu trabalho, como consequência de sua saúde física?

	SIM	NÃO
Realizou menos tarefas do que você gostaria?		
Teve limitação no seu trabalho ou em outra atividade?		

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum problema com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional?

	SIM	NÃO
Realizou menos tarefas do que você gostaria?		
Houve falta de concentração no trabalho ou em outra atividade?		

Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor tem dificultado o trabalho normal (Seja em casa ou fora de casa)? Grife uma opção:

1. Nada	2. Um pouco	3. Muito pouco	4. Muito	5. Demais
---------	-------------	----------------	----------	-----------

As questões a seguir se referem a como se sentiu durante as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, **escolha a resposta** que mais se aproxima ao seu caso. Quanto tempo as últimas 4 semanas você sentiu:

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Calmo e sereno						
Cheio de energia						
Desencorajado e triste						

Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo tem a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais com a família, amigos? Grife uma opção:

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
------------	------------------------	------------------------	----------------------------	-------

ANEXO D
Fatores e componentes gerais da
Classificação Internacional de Funcionalidade

Componentes	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Fatores contextuais	
	Funções e Estruturas do corpo	Atividades e participação	Fatores ambientais	Fatores pessoais
Domínios	Funções do corpo Estruturas do corpo	Áreas vitais (tarefas e ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e incapacidade
Constructos	Mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) Mudanças nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade de execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/ execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características nos aspectos físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos Positivos	Integridade funcional e estrutural	Atividades e participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da atividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável

Fatores e componentes gerais da CIF.

Fonte: OMS, 2004.