

Fernanda Mazzoni da Costa¹
Daniele Knopp Ribeiro²
Ingrid Guimarães de Oliveira³
Marina Ribeiro dos Santos⁴
Nathalia Fontoura Signé⁵
Vitor Fabiano da Silva Chaves⁶
Maria das Dores de Souza⁶
Neusa Maria Costa Alexandre⁷

¹Doutorado Interinstitucional, Universidade Estadual/Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

²Programa de Pós-graduação, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

³Residência em Enfermagem Obstétrica, Hospital Sofia Feldman, Brasil.

⁴Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Brasil.

⁵Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

⁶Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

⁷Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

✉ **Fernanda da Costa**

Universidade Federal de Juiz de Fora,
Coordenação de Saúde, Segurança e
Bem-Estar - R. José Lourenço Kelmer, s/n
- Campus Universitário, São Pedro, Juiz
de Fora, Minas Gerais
CEP: 36036-900
✉ fernanda.mazzoni@uff.edu.br

Submetido: 24/01/2020

Aceito: 07/04/2021

RESUMO

Introdução: Políticas de saúde e qualidade de vida no trabalho devem ser desenvolvidas a partir de cada realidade.

Objetivo: Caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e de saúde de profissionais com sintomas osteomusculares da unidade ambulatorial de um Hospital Universitário. **Material e Métodos:** Estudo transversal, descritivo, quantitativo, com profissionais de um hospital universitário com sintomas osteomusculares. Utilizou-se questionários de caracterização sociodemográfica e ocupacional, questionário internacional de atividade física, Nórdico, escala numérica, tempo de duração dos sintomas, questionário de avaliação de incapacidade causada pela dor, tratamento para a dor relatada e escala de estresse percebido. **Resultados:** População constituída, majoritariamente, por mulheres (66,4%), na metade da vida economicamente ativa (média de 39,02 anos±11,00), com formação superior (60,8%), apenas um emprego (84%), celetistas no local (68%), jornada de trabalho conforme estipulado pela legislação trabalhista (média de 42,30 horas±9,36), atuantes em setores assistenciais (59,2%) e que praticavam atividades físicas (58,4%). A maioria relatou tempo de duração da dor de até 6 semanas (50,4%), mas parcela considerável referiu dor persistente por mais de 12 semanas (40%), sendo a parte inferior das costas a região de maior ocorrência (38,4%). A maioria não consultou profissionais de saúde (62,4%) e não realizou tratamento (72,8%). Dentre as pessoas que realizaram, a maior parte informou utilizar medicação prescrita (7,2%), pilates (5,6%) e automedicação (4,8%). A intensidade da dor foi semelhante à de outros estudos (média de 6,05±2,77). A maioria informou não ter impedimentos para realizar atividades (76%) e a incapacidade causada pela dor caracterizou-se como moderada (média de 29,46±18,87). A média de estresse percebido condiz com resultados de estudos nacionais (19,06±4,73). **Conclusão:** O conhecimento dessa realidade pode subsidiar o planejamento de políticas e implementação de estratégias que contribuam com a promoção da saúde dos trabalhadores e qualidade de vida no trabalho.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Dor Musculoesquelética; Estresse Psicológico.

ABSTRACT

Introduction: Health policies and quality of life at work must be developed based on each reality. **Objective:** To characterize the sociodemographic, occupational and health profile of professionals with musculoskeletal symptoms in the outpatient unit of a University Hospital. **Material and Methods:** Cross-sectional, descriptive, quantitative study, with professionals from a university hospital with musculoskeletal symptoms. We used questionnaires for sociodemographic and occupational characterization, international physical activity questionnaire, Nordic, numerical scale, duration of symptoms, pain disability assessment questionnaire, treatment for the reported pain, and perceived stress scale.

Results: Women made up the majority of the population (66.4%), in the middle of their economically active life (mean 39.02 years±11.00), with higher education (60.8%), only one job (84%), on-site employees (68%), working hours as stipulated by labor legislation (mean of 42.30 hours±9.36), working in assistance sectors (59.2%) and who practiced physical activities (58.4%). Most reported pain duration of up to 6 weeks (50.4%), but a considerable portion reported persistent pain for more than 12 weeks (40%), with the lower back being the region of greatest occurrence (38.4%). The majority did not consult health professionals (62.4%) and did not undergo treatment (72.8%). Among those who did, most reported using prescribed medication (7.2%), Pilates (5.6%), and self-medication (4.8%). Pain intensity was similar to other studies (mean 6.05±2.77). Most reported having no impediments to perform activities (76%) and the disability caused by pain was characterized as moderate (mean 29.46±18.87). The mean of perceived stress agrees with results of national studies (19.06±4.73). **Conclusion:** The knowledge of this reality can subsidize the planning of policies and implementation of strategies that contribute to the promotion of workers' health and quality of life at work.

Key-words: Occupational Health; Musculoskeletal Pain; Psychological Stress.

INTRODUÇÃO

O indivíduo inserido em seu ambiente laboral carrega consigo os processos que vivencia dentro e fora do mundo do trabalho. Os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-adoecimento do trabalhador, relacionados ou não ao trabalho que desenvolve, influenciam sua saúde e bem-estar, relações sociais e produtividade.

Os benefícios por incapacidade, que incluem auxílio doença e aposentadoria por invalidez, concedidos no período de 2012 a 2016 pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) evidenciam a relevância dos distúrbios osteomusculares e dos transtornos mentais no processo de adoecimento do trabalhador brasileiro e incapacidade associada. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo respondem por 19,18% de todos os afastamentos no período e os transtornos mentais e comportamentais por 8,98%, ficando atrás somente dos benefícios concedidos por causas externas.¹

Os distúrbios osteomusculares se caracterizam por condições inflamatórias e/ou degenerativas que podem afetar músculos, tendões, ligamentos, articulações, nervos periféricos e/ou vasos sanguíneos. Embora não sejam causados exclusivamente pelo trabalho, em muitos países representam uma parte significativa das doenças relacionadas com o trabalho.² A incapacidade gerada pela dor tem implicações funcionais, financeiras, psicológicas e sociais para o trabalhador, além de consequências na produtividade e custos econômicos.³

Neste contexto, é necessário que as instituições públicas e privadas busquem desenvolver ações de promoção da saúde dos trabalhadores por meio de seus mecanismos internos e que o Estado incentive e regule essas ações. Nessa perspectiva se inserem a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), que objetiva a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à saúde resultantes do processo de trabalho,⁴ a Norma Regulamentadora nº 17, que objetiva definir parâmetros que promovam o ajuste das condições de trabalho às características psicológicas e fisiológicas dos trabalhadores,⁵ e, especificamente nos serviços de saúde, a Norma Regulamentadora nº 32, que trata da segurança e saúde no trabalho.⁶ Além disso, a gestão do trabalho em saúde figura entre os temas de pesquisa incentivados pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.⁷

Considerando que as políticas de promoção da saúde dos trabalhadores e qualidade de vida no trabalho devem ser desenvolvidas a partir do conhecimento de cada realidade e que o conhecimento gerado pode servir de base para comparações com outros cenários suscitando reflexões que possibilitem elaborar estratégias de saúde também para outras populações, o presente

estudo objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e de saúde de profissionais com sintomas osteomusculares da unidade ambulatorial de um hospital universitário.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, com todos os profissionais dos setores de assistência, apoio e administração da unidade ambulatorial de um hospital universitário de Minas Gerais, configurando uma população acessível de 232 pessoas, das quais 174 aceitaram participar.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017 por meio de questionários distribuídos por auxiliares de pesquisa e auto-respondidos pelos participantes. O critério para inclusão no estudo foi a ocorrência de sintomas osteomusculares em qualquer região corporal nos últimos doze meses, verificada por meio da versão brasileira do Questionário Nórdico.⁸

Foram devolvidos 165 questionários, dos quais 127 apresentavam relato de sintomas osteomusculares. Para verificação dos critérios de exclusão foi utilizada uma escala numérica de 0 a 10 e 2 participantes foram excluídos por assinalarem intensidade da dor <1. Dessa forma, foram selecionados para o estudo 125 profissionais com sintomas osteomusculares com intensidade ≥1.

Com o objetivo de realizar uma caracterização sociodemográfica e ocupacional dos participantes foi construído um instrumento específico, composto por perguntas adaptadas do Questionário do Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).⁹

Para caracterizá-los quanto à realização de atividades físicas foi utilizada a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), um instrumento que foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para determinar o grau de atividade física em nível populacional classificando os participantes em muito ativos, ativos, irregularmente ativos e sedentários, e que mostrou adequada validade e reprodutibilidade no Brasil.^{10, 11}

Os sintomas osteomusculares foram verificados por meio do *Standardized Nordic Questionnaire*, o questionário Nórdico, que é um instrumento composto por uma parte destinada a verificar se sintomas osteomusculares ocorrem em determinada população e quais são as regiões do corpo afetadas e que foi adaptada para o português do Brasil de acordo com as recomendações internacionais e teve sua confiabilidade testada.⁸

Para mensurar a intensidade da dor foi utilizada uma escala numérica de 0 a 10 em que o número 0 como corresponde à ausência de dor e o número 10 à pior dor possível. Um estudo que comparou a confiabilidade de quatro escalas em pacientes de

escolaridade baixa com problemas osteomusculares demonstrou que a escala numérica apresentou o maior valor de confiabilidade, sendo considerada a mais fácil em relação à compreensão e preenchimento.¹² Foi considerada para análise a região com dor de maior intensidade e acrescentada uma questão de verificação do tempo de duração dos sintomas.

A incapacidade causada pela dor foi avaliada pelo *The Pain Disability Questionnaire*, o Questionário de Avaliação de Incapacidade Causada pela Dor, que inclui avaliação da incapacidade funcional, psicossocial e total para verificação da incapacidade associada à dor em uma escala de 0 a 150, em que 0 significa que não há incapacidade; 1 a 70 indica incapacidade moderada; 71 a 100, incapacidade severa e 101 a 150, incapacidade extrema.¹³ O instrumento original demonstrou adequadas qualidades psicométricas, demonstrando forte confiabilidade, capacidade de resposta e validade.¹⁴ Uma versão brasileira deste questionário foi desenvolvida e demonstrou rápida aplicação, fácil entendimento, adequada adaptação cultural e propriedades psicométricas confiáveis.¹³

Foi ainda incluída uma questão que investigava se os participantes estavam realizando algum tipo de tratamento para a dor relatada.

Para avaliação do estresse foi utilizada a *Perceived Stress Scale*, a Escala de Estresse Percebido, um instrumento que objetiva mensurar o estresse percebido, ou seja, as situações compreendidas pelo próprio indivíduo como estressantes, durante o último mês, em uma escala que varia de 0 a 40, sendo que quanto maiores os valores, maiores são os níveis de estresse percebido pelos participantes. A escala com dez questões foi traduzida para o português como Escala de estresse percebido e testada, mostrando adequadas confiabilidade e validade.¹⁵

Os dados foram processados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 14.0, analisados por meio de estatística descritiva e discutidos com base no referencial teórico da saúde do trabalhador.

A realização do estudo foi autorizada pelo hospital e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (parecer 1.280.516, CAAE 46094315.4.0000.5133). A participação foi voluntária e condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dos 165 questionários devolvidos, 127 apresentavam relato de sintomas osteomusculares, correspondendo a 55% da população acessível, sendo que dois deles foram excluídos por assinalarem intensidade da dor <1. A tabela 1 apresenta dados de caracterização sociodemográfica e ocupacional dos 125 participantes incluídos no estudo.

Os dados de caracterização dos participantes

Tabela 1: Caracterização dos participantes quanto ao sexo, escolaridade, número de empregos, vínculo trabalhista, setor, nível de atividade física, idade e jornada de trabalho semanal.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	42	33,6
Feminino	83	66,4
Escolaridade		
Ensino fundamental	4	3,2
Ensino médio	45	36,0
Superior de graduação	31	24,8
Especialização de nível superior	32	25,6
Mestrado	12	9,6
Doutorado	1	0,8
Número de empregos		
Um	105	84,0
Dois ou mais	20	16,0
Vínculo trabalhista		
Empregado com carteira de trabalho assinada	85	68,0
Empregado pelo regime jurídico dos funcionários públicos	29	23,2
Outros (Programa de Residência)	11	8,8
Setor		
Administrativo	16	12,8
Apoio	35	28,0
Assistência	74	59,2
Nível de atividade física		
Sedentário	18	14,4
Irregularmente ativo	34	27,2
Ativo	51	40,8
Muito ativo	22	17,6
	Média	Desvio Padrão
Idade	39,02	11,00

quanto aos sintomas osteomusculares são apresentados na tabela 2.

A tabela 3 apresenta os dados de caracterização dos participantes quanto à intensidade da dor, incapacidade causada pela dor e estresse percebido.

DISCUSSÃO

A população do estudo constituiu-se, em sua maioria, por mulheres, com idade próxima à metade da

Tabela 2: Caracterização dos participantes quanto aos sintomas osteomusculares.

Variável	n	%
Tempo de duração da dor		
Até 6 semanas	63	50,4
Entre 6 e 12 semanas	12	9,6
Mais de 12 semanas	50	40,0
Região da dor de maior intensidade		
Pescoço	12	9,6
Ombros	8	6,4
Parte superior dorsal	13	10,4
Cotovelos	1	0,8
Punhos/mãos	5	4,0
Parte inferior dorsal	48	38,4
Quadril/coxas	7	5,6
Joelhos	14	11,2
Tornozelos/pés	17	13,6
Pescoço	12	9,6
Impedimento para realizar as atividades normais em função da dor		
Não	95	76,0
Sim	30	24,0
Consulta a algum profissional da área de saúde por causa da dor		
Não	78	62,4
Sim	47	37,6
Realização de tratamento para o problema relatado		
Não	91	72,8
Sim	34	27,2
Tipo de tratamento		
Automedicação	6	4,8
Fisioterapia	4	3,2
Fisioterapia e acupuntura	1	0,8
Fisioterapia, acupuntura e massagem	1	0,8
Massagem	1	0,8
Medicação prescrita	9	7,2
Medicação prescrita e fisioterapia	2	1,6
Medicação prescrita e massagem	1	0,8
Pilates	7	5,6
Pilates e hidroginástica	1	0,8
RPG e acupuntura	1	0,8

vida economicamente ativa, formação superior, que trabalhavam em apenas um local, empregados pelo regime celetista, jornada de trabalho semanal dentro do estipulado pela legislação trabalhista brasileira, que atuavam em setores assistenciais e desenvolviam atividades físicas regularmente. Embora mais da metade dos partici-

pantes tenha relatado tempo de duração da dor de até 6 semanas, expressiva parcela da população relatou dor persistente por mais de 12 semanas, sendo a parte inferior dorsal a região de maior ocorrência de dor.

A maioria das diretrizes da área classifica os distúrbios osteomusculares conforme o tempo de duração desde o início dos sintomas em agudos (até seis semanas), subagudos (entre seis e doze semanas) e crônicos (mais de doze semanas).¹⁶ Dessa forma, uma parcela considerável dos participantes do estudo enquadra-se na condição de dor crônica.

A dor na região lombar é o distúrbio osteomuscular encontrado mais frequentemente em diversos países e o maior responsável por impedimentos para realizar atividades e pela consulta a profissionais de saúde.¹⁷⁻²⁰ No Brasil, foi o diagnóstico de maior ocorrência entre os benefícios por incapacidade concedidos nos anos 2010 e 2011 pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), representando 7,03% de todos os afastamentos.²¹

Aproximadamente 30% das pessoas que apresentam lombalgia desenvolvem uma condição crônica, cuja característica mais importante não é a duração, mas a natureza de difícil tratamento e impacto na qualidade de vida.¹⁶

Distúrbios osteomusculares podem se manifestar por meio de sintomatologia específica (em que é possível identificar a doença subjacente que leva à dor) ou por meio de sintomatologia inespecífica (quando não é possível atribuir a patologias específicas a percepção de dor do paciente).^{2,16} A maior parte das dores lombares é classificada como não específica.¹⁶

Estudos internacionais têm considerado causas multifatoriais para os distúrbios osteomusculares e analisado os fatores ocupacionais envolvidos. Estão relacionadas com a ocorrência dos sintomas osteomusculares, incapacidade para o trabalho e absenteísmo as atividades que requerem trabalho físico pesado ou repetitivo, posições inadequadas, levantamento e transporte de pesos, flexão ou torção extrema do pescoço ou costas e prolongada permanência na mesma posição.²²

Pesquisas demonstram que o esforço físico percebido está relacionado com dor lombar em trabalhadores que realizam atividades caracterizadas por elevadas exigências de trabalho físico, como os profissionais da saúde,²³ cujo trabalho envolve posturas desconfortáveis e uso excessivo da região dorsal.²²

A maioria dos participantes informou não ter consultado profissionais de saúde e não ter realizado tratamento para o problema referido. A maior parte dos que relataram algum tipo de tratamento informou utilizar medicação prescrita (7,2%), seguida de pilates (5,6%) e automedicação (4,8%).

Dado o caráter muitas vezes crônico dos sintomas osteomusculares, os tratamentos algumas vezes se estendem por longo prazo. Com base em estudos

Tabela 3: Caracterização dos participantes quanto à intensidade da dor, incapacidade causada pela dor e estresse percebido.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Primeiro Quartil	Mediana	Terceiro Quartil	Máximo
Intensidade da dor	6,05	2,77	1	4,00	6,00	8,00	10
Incapacidade funcional	18,62	12,26	9	9,00	13,00	25,00	63
Incapacidade psicossocial	10,85	7,72	6	6,00	8,00	12,00	52
Incapacidade total	29,46	18,87	15	17,00	21,00	37,00	113
Estresse percebido	19,06	4,73	5	16,00	19,00	21,00	36

da área, principalmente sobre os impactos dos medicamentos sobre os sistemas cardiovascular e renal e reações adversas cutâneas graves, recomendações para o tratamento farmacológico da dor músculo esquelética tem sido desenvolvidas.²⁴

Tratamentos fisioterápicos têm sido utilizados alternativamente ou complementarmente ao uso de medicação. Alguns estudos têm mostrado eficácia da fisioterapia para a redução da dor, mas os melhores métodos ainda têm sido pesquisados.^{25,26}

A média de intensidade da dor foi semelhante à de outros estudos. Correlações significantes entre a dor relatada pelos participantes e os achados clínicos de lesões têm sido observadas.²⁷ Entretanto, a percepção da dor pode ser ainda influenciada por fatores cognitivos, psicológicos e culturais, nem sempre correspondendo à dimensão da lesão física.^{3,28,29} A relação entre aspectos psicológicos, dor, regiões do corpo afetadas e incapacidade tem sido investigada e, embora ainda não esteja bem definida a direção dessa associação, trabalhadores com sintomas osteomusculares apresentam também maior sofrimento psíquico.³⁰

Os determinantes psicossociais envolvidos na causa da dor osteomuscular foram investigados por uma revisão da literatura que encontrou relação entre os sintomas osteomusculares e os aspectos psicossociais do trabalho, a saúde mental, tendência para a somatização, e crenças e expectativas de saúde do indivíduo. Os aspectos psicossociais do trabalho apontados são a demanda de trabalho, controle, apoio, satisfação, equilíbrio entre esforço e recompensa e repetição de tarefas. O estado mental influencia a ocorrência e persistência dos sintomas e tem sido estudada a influência de mecanismos neuroquímicos, o papel da tolerância à dor e percepção da gravidade do sintoma e a disposição para conversar sobre o problema. Foi demonstrada associação entre a tendência para somatização e a ocorrência de sintomas osteomusculares e a um pior prognóstico, contribuindo para a cronificação do sintoma. Os com-

portamentos de enfrentamento da dor são influenciados pelas crenças de saúde que são predominantes na sociedade em que o indivíduo vive.³¹

Reduzir a dor a uma origem puramente orgânica subestima os aspectos subjetivos envolvidos e a dor que é vivenciada pelo indivíduo. Para que ocorram mudanças significativas no manejo da dor é necessário pensar a construção de modelos centrados no indivíduo e que considerem visões compartilhadas sobre a questão.²⁸

A maior parte dos participantes informou não ter impedimentos para realizar atividades por causa da dor. A incapacidade causada pela dor na população estudada caracterizou-se como moderada, tendo sido verificada ainda uma tendência de concentração dos dados abaixo da média observada, sendo a incapacidade funcional proporcionalmente maior que a incapacidade psicossocial.

A Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade da Organização Mundial de Saúde diferencia a perda de funcionalidade, definida como deficiências anatômicas e fisiológicas nas estruturas e funções do corpo, de incapacidade, que se refere à limitação para desempenhar atividades e restrição participativa.³²

Estudos demonstram que a intensidade da dor osteomuscular está associada com a incapacidade.¹³ A dor pode dificultar o movimento gerando incapacidade de desempenhar certas atividades e essa restrição na movimentação pode ocasionar ainda mais dor.

Fatores pessoais e do ambiente físico, social e atitude do indivíduo tem influência sobre a perda da funcionalidade e incapacidade.^{31,32} Indivíduos que consideram a dor um evento negativo e incontrolável percebem menos benefícios no tratamento, enquanto o estímulo ao manejo da dor pela própria pessoa e diminuição da resposta emocional negativa associada à dor e à incapacidade favorece os resultados.³³

Quando está associada à incapacidade, a dor

osteomuscular gera impactos funcionais, econômicos, psicológicos e sociais ainda mais importantes.^{3,13} Em função da limitação física as pessoas tendem a restringir as atividades de trabalho, lazer e convívio social e as repercussões psicológicas muitas vezes se devem mais à incapacidade causada pela dor do que ao sintoma físico em si.³⁴⁻³

A média de estresse percebido observada condiz com os resultados de pesquisas semelhantes. Estudos demonstram que estresse e dor osteomuscular estão relacionados.^{35,36} O estresse aumenta o risco de sintomas osteomusculares, especialmente nas regiões cervical e lombar. Os estressores mais descritos foram as exigências atribuídas ao trabalho e o baixo apoio social, enquanto foram considerados fatores protetores a autonomia no trabalho e o apoio social.³⁶

Estudo nacional realizado com profissionais da saúde observou que os principais fatores de risco relacionados ao estresse foram trabalhar em esquema de plantão e ter mais de um emprego e que o fator de proteção mais importante também foi o suporte social. O estudo observou relação entre a resiliência e características pessoais como satisfação no trabalho, competência emocional, empatia, tenacidade.³⁷

Um estudo realizado com trabalhadores de um hospital universitário brasileiro apontou que a política de desmonte do serviço público, com precarização do ambiente e das relações de trabalho, torna adverso o desempenho das atividades laborais e a organização coletiva, dificultando a estruturação de um ambiente que promova prazer e realização profissional. Embora tenham sido identificadas estratégias de enfrentamento das condições desfavoráveis de trabalho e do sofrimento relacionado, verificou-se uma tendência de adoecimento psicológico na população pesquisada.³⁸

O desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as possibilidades de adaptação individual e social de que dispõe o trabalhador se manifesta como sintomas físicos e psíquicos, caracterizando o estresse ocupacional. A dificuldade para estabelecer uma relação equilibrada entre o trabalho e a vida pessoal pode desencadear um processo de desgaste físico e mental que pode culminar no adoecimento. Trabalhadores que realizam atividades que incluem contato direto com outras pessoas são mais suscetíveis ao estresse.³⁷

O relatório da Organização Internacional do Trabalho intitulado "Stress no trabalho: um desafio coletivo" apresenta dados sobre estresse no trabalho, suas causas, repercussões na saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, impacto sobre a produtividade e custos econômicos e tendências no panorama global, indicando estratégias de prevenção e gerenciamento da sobrecarga mental.³⁹

Uma forma de contribuir com a saúde dos trabalhadores é a implementação de intervenções ergonômicas que, partindo da análise das condições de saúde e trabalho, podem incluir treinamentos para a adoção de

atitudes seguras, programas de alongamentos e exercícios, orientações sobre técnicas de relaxamento, melhorias no ambiente de trabalho, incorporação de equipamentos auxiliares, reorganização dos processos de trabalho e orientações para adoção de hábitos de vida mais saudáveis, sendo que, atualmente, a tendência é utilizar diferentes recursos combinados em um mesmo programa de intervenção.⁴⁰

Algumas limitações devem ser consideradas nesse estudo. Em se tratando de uma pesquisa transversal, o estudo retrata a realidade num dado momento, mas não possibilita a compreensão da dinâmica envolvida no processo saúde-adoecimento dos trabalhadores ao longo do tempo. Além disso, esse estudo limitou-se a traçar o perfil sociodemográfico, ocupacional e de saúde dos trabalhadores, sem, contudo, explorar os fatores envolvidos na gênese dos sintomas osteomusculares. Por fim, a metodologia empregada no estudo não considera as percepções pessoais e o significado da dor para o indivíduo. Estudos de seguimento, que correlacionem variáveis, que analisem os fatores relacionados aos distúrbios osteomusculares ou que utilizem outras abordagens metodológicas podem ser desenvolvidos para ampliar a compreensão sobre o tema e contribuir na construção de estratégias de promoção da saúde e prevenção e tratamento de doenças.

CONCLUSÃO

Embora mais da metade da população do estudo tenha relatado tempo de duração da dor de até 6 semanas, é importante destacar que parcela considerável relatou dor persistente por mais de 12 semanas e, apesar da maior parte dos participantes não ter relatado impedimentos para o desenvolvimento das atividades em função da dor, muitos conviviam com uma condição de saúde considerada crônica e caracterizada por uma incapacidade moderada sem, contudo, consultar profissionais de saúde e nem realizar tratamento para a dor referida.

O conhecimento dessa realidade e as reflexões geradas podem subsidiar o planejamento de políticas e implementação de estratégias que contribuam com a promoção da saúde dos trabalhadores e qualidade de vida no trabalho.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

CONFLITO DE INTERESSES

Não houve conflito de interesses quanto à con-

cepção deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Economia (BR). Secretaria de Previdência. 1º Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade: adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. Brasília: 2017.
2. Punnet L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *J Electromyogr Kinesiol.* 2004; 14(1):13-23.
3. Vargas-Prada S, Martínez JM, Coggon D, Delclos G, Benavides FG, Serra C. Health beliefs, low mood, and somatizing tendency: contribution to incidence and persistence of musculoskeletal pain with and without reported disability. *Scand J Work Environ Health.* 2013; 39(6):589-98.
4. Brasil. Decreto n. 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. *Diário Oficial da União.* 2011; seção 1:9-10.
5. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. NR 17: norma regulamentadora de ergonomia. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 1990.
6. Ministério do Trabalho e Emprego. Departamento de Segurança e Saúde. NR 32: norma regulamentadora de segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2002.
7. Ministério da Saúde (BR). Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Barros ENC, Alexandre NMC. Cross-cultural adaptation of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire. *International Nursing Review.* 2003; 50(2):101-7.
9. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: 2010.
10. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Atividade Física & Saúde.* 2001; 6(2):5-18.
11. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003; 35(8):1381-95.
12. Gallasch CH, Alexandre NMC. The measurement of musculoskeletal in pain intensity: a comparison of four methods. *Rev Gaucha Enferm.* 2007; 28(2):260-5.
13. Giordano PCM, Alexandre NMC, Rodrigues RCM, Coluci MZO. The Pain Disability Questionnaire: a reliability and validity study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012; 20(1):76-83.
14. Anagnostis C, Gatchel RJ, Mayer TG. The pain disability questionnaire: a new psychometrically sound measure for chronic musculoskeletal disorders. *Spine.* 2004; 29(20):2290-302.
15. Reis RS, Hino AF, Anes CRR. Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol.* 2010; 15(1):107-14.
16. Ladeira CE. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Rev Bras Fisioter.* 2011; 15(3):190-9.
17. Barbosa REC, Assunção AA, Araújo TM. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(8):1569-80.
18. Schmidt DRC, Dantas RAS. Quality of work life and work-related musculoskeletal disorders among nursing professionals. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5):701-7.
19. Souza DBO, Martins LV, Marcolino AM, Barbosa RI, Tamani G, Fonseca MCR. Work capability and musculoskeletal symptoms in workers at a public hospital. *Fisioter Pesqui.* 2015; 22(2):182-90.
20. Vidor CR, Mahmud AIM, Farias LF, Silva CA, Ferrari JN, Comel JC et al. Prevalence of musculoskeletal pain among surgical nursing teams. *Acta Fisiatr.* 2014; 21(1):6-10.
21. Ministério da Economia (BR). Secretaria de Previdência. 1º Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade: dia mundial em memória às vítimas de acidente de trabalho. Brasília: 2014.
22. Holtermann A, Jorgensen MB, Gram B, Christensen JR, Faber A, Overgaard K et al. Worksite interventions for preventing physical deterioration among employees in jobgroups with high physical work demands: background, design and conceptual model of FINALE. *BMC Public Health.* 2010; 10:120.
23. Andersen LL, Clausen T, Persson R, Holtermann A. Perceived physical exertion during healthcare work and risk of chronic pain in different body regions: prospective cohort study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2013; 86(6):681-7.
24. Schnitzer TJ. Update on guidelines for the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Clin Rheumatol.* 2006; 25(Sup1):22-9.
25. Corrêa CPS, Guedes IO, Vieira MT, Muniz MNM. Método pilates versus escola de postura: análise comparativa de dois proto-

- colos de tratamento para lombalgias. *HU Rev.* 2015; 41(1):85-91.
26. Trindade APNT, Borges RCCO, Bittar CML. Impacto de um programa de tratamento em pacientes com alterações na coluna. *Rev Bras Prom Saúde.* 2018; 31(4):1-8.
27. Walsh IAP, Oishi J, Coury HJCG. Clinical and functional aspects of work-related musculoskeletal disorders among active workers. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(1):108-16.
28. Montali L, Monica C, Riva P, Cipriani, R. Conflicting representations of pain: a qualitative analysis of health care professionals' discourse. *Pain Med.* 2011; 12(11):1585-93.
29. Coggon D, Ntani G, Palmer KT, Felli VE, Harari R, Barrero LH et al. Disabling musculoskeletal pain in working populations: is it the job, the person, or the culture? *Pain.* 2013; 154(6):856-63.
30. Reme SE, Dennerlein JT, Hashimoto D, Sorensen G. Musculoskeletal pain and psychological distress in hospital patient care workers. *Journal of Occupational Rehabilitation.* 2012; 22(4):503-10.
31. Vargas-Prada S, Coggon D. Psychological and psychosocial determinants of musculoskeletal pain and associated disability. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015; 29(3):374-90.
32. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health ICF World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2001.
33. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine.* 2002; 27:2564-73.
34. Garbi MOSS, Hortense P, Gomez RRF, da Silva TCR, Castanho ACF, Sousa FAEF. Pain intensity, disability and depression in individuals with chronic back pain. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014; 22(4):569-75.
35. Pozzebon D, Piccin CF, da Silva AMT, Corrêa ECR. Relationship among perceived stress, anxiety, depression and craniocervical pain in nursing professionals under stress at work. *Fisioter Mov.* 2016; 29(2):377-85.
36. González ML, Vives JF. Estrés psicológico y problemática musculoesquelética. Revisión sistemática. *Enfermería Global.* 2015; 14(2):276-300.
37. Sousa VFS, Araujo TCCF. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. *Psicol Cienc Prof.* 2015; 35(3):900-15.
38. Silva NM, Muniz HP. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. *Estud Pesqui Psicol.* 2011; 11(3):821-40.
39. International Labour Organization. *Workplace stress: a collective challenge.* Geneva: ILO Publications; 2016.
40. Van Den Berg TIJ, Elders LAM, Zwart BCH, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2009; 66:211-20.