

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA – CIÊNCIAS
CIRÚRGICAS
MESTRADO E DOUTORADO

**CONSTRUÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR – FASE DE GRUPO
FOCAL**

JOÃO CARLOS COMEL

Orientador: Prof. Dr. Antônio Cardoso dos Santos

Coorientador: Prof. Dr. Marco Antônio Stefani

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Comel, João Carlos
CONSTRUÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR - FASE DE GRUPO
FOCAL / João Carlos Comel. -- 2013.
220 f.

Orientador: Antonio Cardoso dos Santos.
Coorientador: Marco Antonio Stefani.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas,
Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Qualidade de Vida do Trabalhador. 2. Grupo
Focal. 3. Questionário. I. dos Santos, Antonio
Cardoso, orient. II. Stefani, Marco Antonio,
coorient. III. Título.

*Não tenha medo da vida, tenha medo de não vivê-la.
Não há céu sem tempestades, nem caminhos sem acidentes.
Só é digno do pódio quem usa as derrotas para alcançá-lo.
Só é digno da sabedoria quem usa as lágrimas para irrigá-la.
Os frágeis usam a força; os fortes, a inteligência.
Seja um sonhador, mas una seus sonhos com disciplina,
Pois sonhos sem disciplina produzem pessoas frustradas.
Seja um debatedor de ideias. Lute pelo que você ama.
Augusto Cury.*

*Este trabalho é dedicado aos meus pais,
meu pai Carlos e minha mãe Neli, por terem me mostrado a
importância de ter força, honestidade, esperança e fé em todos os
momentos da minha vida.*

*Também dedico a minha namorada,
Luciane, companheira que sempre me apoiou em todos os momentos
dessa jornada e também por ter me dado o maior presente que já
pude ganhar: o nosso filho João Vitor.*

*A minha irmã Gledissa e sua família, por todo o incentivo que me
deram.*

Ao Maicon Gelatti, por ser mais do que um primo, ser um irmão.

AGRADECIMENTOS:

Ao meu orientador, Pro. Dr. Antônio Cardoso dos Santos, por ter acreditado no meu potencial, pelos conselhos sábios e por me ensinar a importância da troca de experiências e de conhecimento.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Marco Antônio Stefani, pela paciência, compreensão e incentivo.

A Prof. Dra. Neusa Sica da Rocha, pela orientação na elaboração e confecção do projeto.

Aos meus amigos e colegas do NITT-LERDORT do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Aos meus amigos e colegas do setor de fisioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1.1 <i>Apresentação do tema da pesquisa</i>	8
1.1.2 <i>Problema da pesquisa</i>	8
1.1.3 <i>Qualidade de vida</i>	8
1.1.4 <i>Qualidade de vida do trabalhador</i>	9
1.2 QUESTIONÁRIOS VALIDADOS PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO.....	13
1.3 PROJETO DE CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR.	15
1.3.1 <i>Construindo o Objetivo da Pesquisa</i>	15
1.3.2 <i>População em estudo</i>	15
1.3.3 <i>Etapas – Objetivos e Procedimentos (montar, conduzir e analisar os dados do grupo focal)</i> . 16	
1.4 PESQUISA QUALITATIVA – GRUPOS FOCAIS	19
1.4.1 <i>Pesquisa Qualitativa</i>	19
1.4.2 <i>Características Essenciais do Grupo Focal</i>	20
2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	22
3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	23
4. OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVO GERAL	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS DE PESQUISA	25
5.1 ELEMENTOS CONSTITUINTES DA QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR.	26
6. ARTIGO DE REVISÃO	120
7. ARTIGO CIENTÍFICO I PORTUGUÊS	132
8. ARTIGO CIENTÍFICO II INGLÊS	150
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
10. REFERÊNCIAS:ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
11. ANEXOS:	169
11.1 ROTEIRO	195
11.2 TERMO DE CONSENTIMENTO	219
11.3 CARTA DE ENVIO DE ARTIGO PARA REVISTA	220

Apresentação

A presente dissertação faz parte do projeto de construção de uma ferramenta de avaliação de qualidade de vida do trabalhador, este constituído pela revisão de literatura, grupos focais de experts, grupo focal de trabalhadores, que formam a validação do construto, para posterior validação do questionário.

A presente dissertação é composta pela revisão de literatura e construção dos domínios e facetas determinadas a partir da reunião de experts em saúde do trabalhador.

1. INTRODUÇÃO

1.1.1 Apresentação do tema da pesquisa

A qualidade de vida do trabalhador é um assunto de ampla magnitude, discutido por diversas áreas do conhecimento científico, mas que não tem um conceito claro e definido, não dispondo, também, de uma ferramenta específica de avaliação.

1.1.2 Problema da pesquisa

O homem, nos últimos tempos, vem sofrendo mudanças na sua forma de trabalho, pois as empresas passaram a ver o trabalhador não só como um ser que as serve, mas um indivíduo com habilidades técnicas e conhecimentos atualizados; não apenas vinculado ao que acontece no seu ambiente de trabalho, mas que possui uma vida social e familiar além do seu emprego. Dessa forma, parte a ideia de que um questionário específico que venha contemplar esse trabalhador como um “todo”, não deve apenas avaliar o seu local/posto de trabalho, mas avaliar o “*todo, global*” onde ele se insere.

A qualidade de vida do trabalhador não deve ser representada apenas pelo setor em que está atuando, e sim por uma relação entre a qualidade de vida dentro e fora do ambiente de trabalho, mesmo que a qualidade de vida esteja diretamente direcionada ao trabalho, mas que ao mesmo tempo não está isolada da vida do indivíduo fora da empresa (MENDES E LEITE, 2004).

1.1.3 Qualidade de vida

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: ***"A percepção do indivíduo na 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"***. Demonstrando ser implícita a ideia de que o conceito de Qualidade de Vida é subjetivo, multidimensional e

que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos (FLECK et al, 1999). A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que a Qualidade de Vida é multifatorial, referendando-se a partir das seguintes dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), relações sociais e o meio ambiente no qual o indivíduo está integrado (SOUZA E CARVALHO, 2003).

1.1.4 Qualidade de vida do trabalhador

A pesquisa sobre qualidade de vida do trabalhador pode ser considerada uma ramificação do estudo de qualidade de vida geral, ao passo que a organização do trabalho está ligada às atividades laborais, sendo o fator determinante para este desfecho. Uma vez que o interesse em avaliar a qualidade de vida (QV) tem aumentado circunstancialmente, sendo cada vez mais utilizada por profissionais da saúde e das diversas áreas e campos de interesse (CICONELLI et al, 2006), fornecendo meios para avaliar de forma mais precisa os benefícios e ou danos resultantes em uma determinada população. Além disso, os avanços tecnológicos conquistados pela medicina fazem com que as medidas tradicionais de morbimortalidade se tornem insuficientes para descrever as necessidades e expectativas da população, quando acometidas por enfermidades, bem como para a definição de tratamentos e políticas de saúde (FLECK, 2008).

Mesmo que o tema qualidade de vida do trabalhador esteja sendo discutido, ainda existem imprecisões conceituais e controvérsias, fazendo com que, muitas vezes, o assunto não seja avaliado com a abrangência necessária, limitando-se a análises das condições de vida do trabalhador, prevalências de doenças, comportamentos de riscos ocupacionais e avaliação do ambiente de trabalho.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), instituída por portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, possui a finalidade de identificar as ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares (BRASIL, 2007). Este é o documento que

reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro (BRASIL, 2007).

Para tanto são considerados trabalhadores, no Brasil, todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, também os aprendizes e estagiários e aqueles temporários ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2001).

Igualmente, a qualidade de vida no trabalho, normalmente, é analisada a partir da relação da qualidade de vida do trabalhador com sua produtividade. Cada vez mais os estudos e intervenções estão focalizados também em aspectos da vida do trabalhador não diretamente ligados ao seu trabalho para a análise da qualidade de vida (OLIVEIRA, 1997; LACAZ, 2000; VASCONCELOS, 2001).

Apesar disso, algumas discussões recentes trazem a terminologia “qualidade de vida do trabalhador” deixando mais claro que a qualidade de vida não se restringe somente ao local e ao momento do trabalho, possuindo relação com todos os outros aspectos que constituem a vida das pessoas (trabalhador e sua família) como a satisfação pessoal, relacionamento familiar, oportunidades de lazer, dentre os outros aspectos constituintes do dia a dia da pessoa (NAHAS, 2003).

Dependendo da área de interesse das investigações, o conceito qualidade de vida apresenta várias definições, por vezes divergentes. Apesar disso, há um consenso que não inclui apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano (GILL E FEINSTEIN, 1994).

Qualidade de vida do trabalhador é um tema que busca o sentido de considerar, de forma mais humana, como as pessoas estão envolvidas nos processos produtivos. As contradições de trabalho são características marcantes do ser humano no contexto da qualidade de vida e saúde do trabalho, por isso alguns trabalhadores vão adoecer, enquanto que outros não; alguns terão sua qualidade de vida deteriorada, enquanto outros terão melhorias mesmo sendo submetidos a condições de trabalho similares; algumas pessoas irão conseguir se adaptar e superar as dificuldades mais facilmente que outras, isso dependerá de inúmeras dimensões e particularidades de cada indivíduo, sendo a identificação e análise dessas dimensões um passo essencial para um maior conhecimento da área, amadurecimento conceitual, bem como de futuras propostas de intervenção (NAHAS, 2003).

Visualizando o trabalho como fator organizacional, como parte inseparável da vida humana, a qualidade de vida do trabalhador, influencia ou é influenciada por vários aspectos da vida fora do trabalho, sendo que a satisfação no trabalho não pode estar isolada da vida do indivíduo como um todo. Além disso, o trabalho é o local onde se estabelecem muitos dos contatos sociais, assumindo um papel muito importante na vida das pessoas, influenciando na forma como elas vivem, nos hábitos e até mesmo na identidade pessoal de cada um, possuindo assim a satisfação com a vida e uma relação estreita com o trabalho, sua participação nas decisões, salários dignos, o respeito aos direitos, a possibilidade de aperfeiçoamento e crescimento profissional, dentre outros são aspectos também pontuados como essenciais na melhoria das condições de trabalho (RODRIGUES, 1995).

O trabalho também possui uma importante função na realização e satisfação pessoal, o prazer no trabalho e os benefícios provenientes da relação de trabalho com a saúde, também têm apresentando repercussões favoráveis na economia das relações da família e no desenvolvimento psíquico e afetivo dos filhos (DEJOURS, 1992). Uma vez que em todos os âmbitos da vida humana, a qualidade de vida e a saúde possuem uma relação estreita.

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais (físicos, químicos,

biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral), presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001).

A legislação brasileira trata da saúde do trabalhador e não da qualidade de vida, que, embora sejam conceitos muito relacionados, são abordados de formas distintas, sendo que, embasado nesse contexto, pode-se traçar um panorama do ponto de vista acadêmico e do sistema público (MINAYO et al, 2011A).

No ponto de vista acadêmico, existe uma crescente produção científica de diversas áreas do conhecimento que abordam questões pontuais e unidisciplinares; já no ponto de vista do sistema público, vem crescendo, nos últimos anos, o nível assistencial, com a produção de diretrizes e marcos regulatórios de atribuições, estabelecido para amparar o trabalhador. Mas inexistente um diagnóstico de base sobre a situação da saúde do trabalhador brasileiro. Dessa forma, qualquer análise da saúde do trabalhador brasileiro será parcial e incompleta (MINAYO et al, 2011a).

Parece ser um determinante para a qualidade de vida de o trabalhador possuir o reflexo do trabalho na sua vida familiar e social e também o reflexo da sua vida familiar e social no seu trabalho.

Por fim, faltam rumos para definir os propósitos necessários do que é qualidade de vida do trabalhador, desta forma, parte do conhecimento científico produzir temas e conhecimento que beneficiem e construam subsídios para a elaboração de conceitos e para formar diretrizes de políticas públicas a respeito da qualidade de vida do trabalhador, necessitando de um aprofundamento teórico científico que permitirá a formação de planos e ações que promovam um consenso de uma base sólida para tal assunto e sua ampla magnitude (MINAYO et al, 2011b).

1.2 QUESTIONÁRIOS VALIDADOS PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO.

Apresenta-se uma síntese dos estudos publicados nas bases de dados *MEDLINE*, *EMBASE* que constam de questionários de avaliação de qualidade de vida, validados para sua utilização na língua portuguesa brasileira. A busca foi realizada com os seguintes descritores: validation, quality of life, brazil. Os questionários encontrados são descritos a seguir:

1. *NEUROQOL*
2. *SCOLIOSIS RESEARCH SOCIETY – 30 QUESTIONNAIRE*
3. *SINONASAL OUTCOME TEST (SINOT)*
4. *SIX – DIMENSIONAL SHORT FORM QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (SF6D)*
5. *EARLY CHILDHOOD ORAL HEALTH IMPACT SCALE (B – ECOHIS)*
6. *TARGET QUALITY OF LIFE ASSESSMENT OF GROWTH HORMONE DEFICIENCY IN ADULTS (QOL – AGHDA)*
7. *HEALTH – RELATED QUALITY OF LIFE (HRQOL) FOR ADOLESCENTS*
8. *QUALITY OF LIFE INSTRUMENT/ SPIRITUALITY, RELIGION AND PERSONAL BELIEFS*
9. *SYSTEMATIC LUPUS ERYTHEMATOSUS QUALITY OF LIFE (SLEQOL)*
10. *PAEDIATRIC ASTHMA QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE*
11. *QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSIVE PATIENTS (MINICHAL – BRAZIL)*
12. *PSYCHOSOCIAL IMPACT OF DENTAL AESTHETICS QUESTIONNAIRE*
13. *QUALITY OF LIFE SCALE FOR PATIENTS WITH ALZHEIMER’S DISEASE (QOL – AD)*
14. *CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE (CPQ)*
15. *MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE*
16. *FAMILY IMPACT SCALE (FIS)*
17. *FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY-FATIGUE (FACT –F)*
18. *PROLAPSE QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (P-QOL)*
19. *URINARY INCONTINENCE- SPECIFIC QUALITY OF LIFE INSTRUMENT (I-QOL)*
20. *SPITZER QUALITY OF LIFE INDEX (LOW BACK PAIN)*
21. *WHOQOL / WHOQOL –BREF/ WHOQOL- OLD/ WHOQOL – HIV*
22. *ENDOMETRIOSIS HEALTH PROFILE QUESTIONNAIRE (EHP-30)*
23. *PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY (PEDS – QOL)*
24. *QUESTIONNAIRE VAGINAL DE SIMPTOMS*

25. *DIABETES QUALITY OF LIFE FOR YOUTHS (D-QOL)*
26. *BURN SPECIFIC HEALTH SCALE-REVISED(BSH-R)*
27. *QUALITY OF LIFE INSTRUMENTS SPECIFIC FOR GATROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE*
28. *QUALITY OF LIFE AMONG BRAZILIAN CHILDREN WITH EPILEPSY (QVCE-50_*
29. *WORK PRODUCTIVITY AND ACTIVITY IMPAIRMENT: GENERAL HEALTH (WPAI-GH)*
30. *TINNITUS HANDCAP INVENTORY*
31. *SAINT GEORGES RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (CRONIC OBSTRUTIVE PULMONARY DISEASE)*
32. *EPIPEPSY SURGEY INVENTORY (ECI -55)*
33. *IMPACT OF LUPUS ERYTHEMATOSUS CUTANEOS (DLQI)*
34. *INFLAMATORY BOWEL DISEASE QUESTIONNAIRE (IBDQ)*
35. *CHILDHOOD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (CHAQ)*
36. *CHILD HEASTH QUESTIONNAIRE (CHQ)*

A avaliação de qualidade de vida tem sido aprimorada por diversos autores a considerar os diversos desfechos pesquisados, uma vez que essas ferramentas possuem a finalidade de transformar medidas subjetivas em dados objetivos e concretos que possam ser quantificados e analisados. AC. Santos (2009) em sua tese testou o impacto na qualidade de vida de trabalhadores após serem submetidos a um programa educacional e destacou a inexistência de uma ferramenta capaz de analisar a qualidade de vida do trabalhador (AC, SANTOS, 2009).

1.3 PROJETO DE CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR.

1.3.1 Construindo o Objetivo da Pesquisa.

O referencial teórico que subsidiou o processo da pesquisa foi embasado nos estudos já realizados no campo da saúde e qualidade de vida, no ambiente de trabalho e na análise dos questionários já existentes, utilizados para avaliar a qualidade de vida de modo geral. No entanto, buscou-se sempre compreender a necessidade de construir uma ferramenta/questionário que avaliasse de uma forma abrangente o mundo de diversidades que é a qualidade de vida do trabalhador, o qual não deve ser avaliado apenas dentro do seu trabalho, mas também no seu contexto extralaboral (social, familiar), avaliando suas ansiedades e expectativas.

1.3.2 População em estudo.

Inicialmente, para este momento do estudo, o grupo focal é um passo fundamental para a elaboração e construção do conceito e formação dos domínios (categorias) e facetas (subcategorias) que irão se transformar em questões da ferramenta/instrumento específico de avaliação da qualidade de vida do trabalhador.

Para isso foi formado um grupo focal de “experts” em saúde do trabalhador, selecionados de forma intencional pelos pesquisadores a partir dos critérios pré-determinados, sendo que os mesmos deveriam ter experiência com o tema a ser discutido e que se dispusessem a participar dos encontros.

Participaram desse grupo: Médicos Psiquiatras (dois), Médicos do Trabalho (três), Médico Fisiatra (um), Fisioterapeuta (um), Educador Físico (dois) e Técnico em Segurança do Trabalho (um).

1.3.3 Etapas – Objetivos e Procedimentos (montar, conduzir e analisar os dados do grupo focal).

a) Montagem:

Para a metodologia escolhida, o planejamento e a montagem do grupo focal, talvez, sejam os momentos mais trabalhosos. Para tanto é imprescindível o recrutamento dos participantes e a escolha de um moderador, o qual possui um papel fundamental para garantir que o grupo aborde os tópicos de interesse do estudo. Também se faz necessária a presença, no grupo, de dois colaboradores, um para anotar os acontecimentos de maior interesse para a pesquisa (relator) e outro para auxiliar na observação da comunicação não verbal (observador), como forma de compreender os sentimentos dos participantes sobre os tópicos discutidos e, eventualmente, intervir na condução do grupo (LEVORLINO E PELICIONI, 2001), para a organização de recursos técnicos para a gravação das sessões/reuniões, à seleção de um local adequado para a realização dos grupos (LEVORLINO E PELICIONI, 2001).

O recrutamento dos participantes ocorreu depois de clara determinação dos pesquisadores sobre o assunto a ser estudado. Tratando-se de utilizar o grupo focal no entendimento de como se formam e se diferem as percepções, opiniões e atitudes acerca do tema a ser pesquisado, foi selecionado para essa etapa, o grupo de “experts” em saúde do trabalhador do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Definidas as características dos participantes do grupo, buscou-se abranger uma ampla variabilidade de setores e profissões onde os mesmos trabalham.

O local onde se realizou o encontro do grupo focal foi de fácil acesso para todos, silencioso (fator importante para a obtenção de gravação bem realizada), não movimentado e composto de uma sala com cadeiras dispostas a formar um círculo, nas dependências do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

b) Condução do grupo focal:

Para a boa condução do grupo focal, iniciou-se a pesquisa no momento em que o primeiro participante entrou na sala de discussão. O moderador recebeu de maneira cordial cada participante, criando um ambiente agradável de espera e evitando, ao máximo, que o tema fosse abordado precocemente em conversas informais.

Ao iniciar a discussão, todos os participantes receberam uma folha de autopreenchimento, com o objetivo de obter informações básicas sobre os participantes (idade, sexo, profissão, estado civil), para posterior controle da equipe de pesquisa (FLECK ET AL, 1999).

Após ter iniciado os trabalhos, o moderador apresentou-se e solicitou aos outros membros da equipe e aos demais participantes que também o fizessem para que todos se conhecessem. O moderador expôs os objetivos da pesquisa, após explicou a forma de funcionamento do grupo, além das regras gerais do andamento da reunião, enfatizando que não se busca consenso na discussão a ser empreendida, sendo que a divergência de perspectivas e experiências é extremamente bem vinda.

Em seguida, foi solicitado a todos o consentimento para efetuar a gravação em áudio, garantindo total sigilo do material obtido.

A condução do grupo focal se deu a partir de um roteiro de tópicos (ANEXO 1), relacionados primeiramente com as questões de investigação, definidas por uma revisão de outros questionários que avaliam a qualidade de vida de forma genérica ou em específico sobre uma patologia (*WHOQOL*, *SF36*, *FIQ*, *WLQ*, *NMQ*). Como a proposta do método foi a de desenvolver uma discussão focada em um tema específico, planejou-se o roteiro com antecedência e procurou-se dividi-lo por domínios (DOMÍNIOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, SOCIAL e AMBIENTE).

c) Análise dos dados coletados:

Os dados foram coletados e sumarizados a partir das reuniões com o grupo de “experts”, sendo analisados seguindo os passos da metodologia de análise de conteúdo, com os passos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, conforme descritos a seguir:

Pré-análise: essa fase é baseada em três missões: a escolha dos documentos a serem analisados; a formulação da hipótese e dos objetivos; os indicadores, que fundamentam a interpretação final.

Exploração do material: É a fase de análise propriamente dita, que consiste em operações de codificação, ordenação e categorização, transformação em unidades de registro, formação das categorias intermediárias e geração dos temas.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: É o ponto de maior rigor, quando os resultados foram sintetizados e selecionados, seguindo pela confrontação com o material e o tipo de inferências alcançadas a fim de servir de base para outras análises ou novas dimensões teóricas (BARDIN, 2004).

1.4 PESQUISA QUALITATIVA – GRUPOS FOCAIS

1.4.1 Pesquisa Qualitativa

A pesquisa qualitativa não é mais a pesquisa não quantitativa, tendo desenvolvido sua identidade própria, visando abordar o todo de diversas maneiras. Analisa experiências de indivíduos ou de grupos nas diferentes formas de avaliação de conhecimento, relatos ou histórias do dia a dia; examina também as interações e comunicações que estejam se desenvolvendo, baseando-se nas observações e nos registros da prática, bem como na análise de material (BARBOUR, 2009).

Os diversos métodos de observação apresentam um fator em comum, o de esmiuçar como as pessoas constroem o mundo a sua volta, o que estão fazendo, suas percepções e ações, permitindo diferentes formas de analisar, construir e reconstruir modelos como formas de explicar as questões a serem estudadas (STRAUSS E CORBIN, 2008).

Nos estudos qualitativos o interesse está em acessar a experiência, a interação e os documentos nos seus contextos naturais, abstendo-se de um conceito bem definido, sendo que esses são desenvolvidos e refinados no processo de pesquisa (BARBOUR, 2009).

1.4.2 Características Essenciais do Grupo Focal

A entrevista de grupo focal é um exercício que visa a entrevistar um grupo, que é visto como detendo de uma visão consensual. Qualquer discussão de grupo pode ser chamada de grupo focal, contando que o pesquisador esteja ativamente atendendo e encorajando interações do grupo (BARBOUR, 2009).

O grupo focal pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. Em geral, não é considerado adequado para estudar a frequência ou como determinados comportamentos ou opiniões ocorrem. Pode ser considerada uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes. A essência do grupo focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretos (por isso é chamado grupo focal).

Em geral é composto por 6 a 10 participantes, mas que podem possuir vários participantes no mesmo grupo. Esses participantes são selecionados por apresentar certas características em comum que estão associadas ao tópico pesquisado, tendo em média sua duração típica de uma hora e meia (FLECK ET AL, 1999; LERVOLIINO E PELICIONI, 2001).

A coleta de dados, através do grupo focal, tem como uma de suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. Contrasta, nesse sentido, com dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente. As pessoas, em geral, precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias e, constantemente, mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial), quando se expõem à discussão em grupo. É exatamente esse processo que o grupo focal tenta captar (FLECK ET AL, 1999; LERVOLIINO E PELICIONI, 2001).

Cabe ao moderador do grupo criar um ambiente propício para que diferentes percepções e pontos de vista venham à tona, sem que haja nenhuma pressão para que seus participantes votem, cheguem a um consenso ou

estabeleçam algum plano conclusivo. Esse ambiente relaxado e condutor de troca de experiências e perspectivas deve ser garantido através de que seus participantes devam ser homogêneos em termos de características que interfiram radicalmente na percepção do assunto em foco, visando garantir o clima confortável para a troca de experiências e impressões de caráter muitas vezes pessoal. Sendo importante enfatizar que a busca de homogeneidade em algumas características pessoais não implique na busca de homogeneidade da percepção do problema. Pois se assim fosse, o grupo focal perderia a sua riqueza fundamental, que é o contraste de diferentes perspectivas entre pessoas semelhantes (FLECK, 2008). Enfim, a seleção dos participantes deve ser homóloga e não restritiva (LERVOLIINO E PELICIONI, 2001).

Os grupos focais são muito utilizados durante fases preliminares de estudos a fim de desenvolver itens para inclusão em questionários, também o método é empregado para adaptar questionários para outras populações e para formular questões contextualmente relevantes. Tendo sido também empregado para fornecer uma base de dados para projetar metodologias de questionários culturalmente delicados (BARBOUR, 2009).

Os participantes dos grupos focais apresentam características particulares, pois não medem suas palavras e são adeptos a críticas a projetos de pesquisa, portanto são muito utilizados para avaliar o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa, fornecendo assim um “insight” para o pesquisador (BARBOUR, 2009).

O reconhecimento do direito de que todos os segmentos da população devam ter acesso às informações necessárias para poder realizar a tomada de decisão e avaliação de programas de saúde, ressalta a formação de um instrumento científico e metodológico, que permite a aproximação da população em verificar e avaliar experiências, ideias ou eventos, como definem um problema e quais suas opiniões.

O presente estudo utilizou a técnica de pesquisa qualitativa de grupo focal, para coletar dados a partir de atitudes, opiniões, percepções e comportamentos relativos à qualidade de vida do trabalhador, sob a perspectiva e visão de profissionais “experts” em saúde do trabalhador, para a realização da primeira fase do construto de uma ferramenta específica.

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela comissão científica e comitê de ética em pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), sob o número 100575. (Termo de consentimento anexo 9.2)

3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Frente às informações apresentadas, na seção de introdução e na revisão de literatura, pode-se observar a importância do tema abordado e a inexistência de estudos que avaliem a qualidade de vida do trabalhador. Fatos que mobilizaram o interesse em realizar a pesquisa a esse respeito.

O presente estudo visa ser um passo fundamental para a construção e elaboração de uma ferramenta avaliativa da qualidade de vida do trabalhador de forma específica, auxiliando em pesquisas e também no contexto de políticas públicas.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

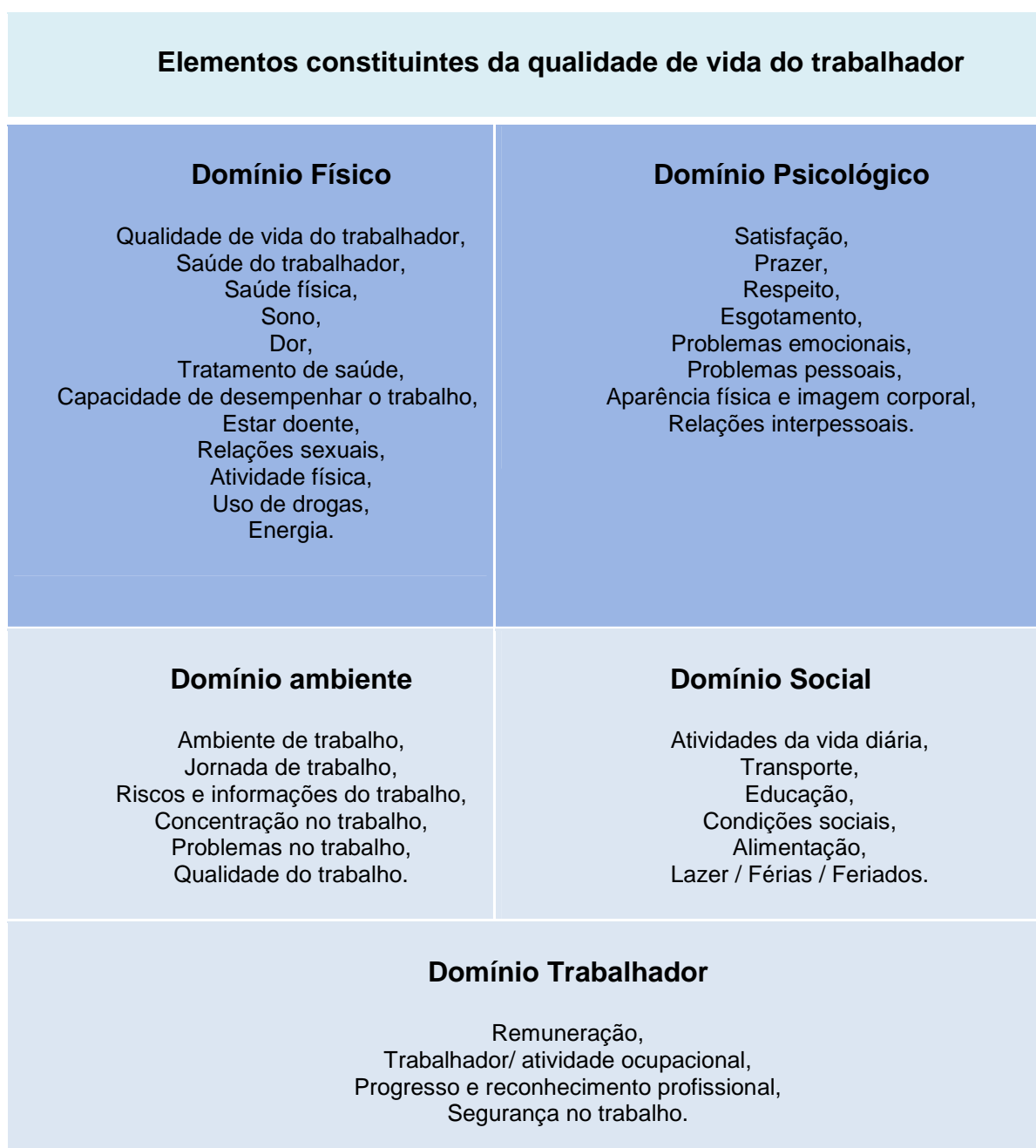
- Refletir sobre os questionamentos e apontamentos propostos pelo grupo focal constituído por experts em saúde do trabalhador para construção de um instrumento de avaliação da qualidade de vida do trabalhador

4.2 Objetivos Específicos

- Analisar e sintetizar os relatos dos experts em relação à qualidade de vida do trabalhador;
- Desenvolver as facetas para a elaboração de um questionário específico para avaliação da qualidade de vida do trabalhador;
- Refletir sobre os temas constituintes da avaliação da qualidade de vida do trabalhador.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS DE PESQUISA.

Este capítulo procederá à análise dos achados da pesquisa, divididos em categorias, definidas pelos domínios e subcategorias definidas pelas facetas geradoras dos elementos constituintes da qualidade de vida do trabalhador na visão e perspectiva dos profissionais “experts” em saúde do trabalhador.



5.1 Elementos constituintes da qualidade de vida do trabalhador.

A qualidade de vida do trabalhador, normalmente, é analisada a partir da relação da qualidade de vida com sua produtividade, mas cada vez mais os estudos e intervenções estão focalizados em aspectos da vida do trabalhador não diretamente ligados ao seu trabalho (OLIVEIRA, 1997; LACAZ, 2000; VASCONCELOS, 2001).

A terminologia “qualidade de vida do trabalhador” deixa mais claro que a qualidade de vida não se restringe somente ao local e ao momento do trabalho, mas sim, possui relação com todos os outros aspectos que formam a vida das pessoas, como a satisfação pessoal, relacionamento familiar, oportunidades de lazer (NAHAS, 2003).

O conceito qualidade de vida apresenta várias definições, dependendo da área de interesse. Apesar disso, é um consenso que não inclui apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano (GILL E FEINSTEIN, 1994).

O tema qualidade de vida do trabalhador busca o sentido de considerar a forma de como as pessoas estão envolvidas nos processos produtivos, dependendo de inúmeras dimensões e particularidades de cada indivíduo, sendo a identificação e a análise dessas dimensões um passo essencial para um maior conhecimento, amadurecimento conceitual e também para futuras propostas de intervenção (NAHAS, 2003).

I. DOMÍNIO FÍSICO:

I.I QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR

Sob a análise das informações produzidas pelo grupo focal, considera-se que a Qualidade de Vida do Trabalhador não possui um conceito claro, conforme os discursos a seguir.

(S6): [...] *Não sei, é que parece que hoje quando a gente fala o que é qualidade de vida, a gente sabe o que significa, mas sinceramente eu ainda tenho dificuldade de fazer essa definição eu não sei se as pessoas tem uma idéia clara do que é qualidade ou como nós queremos saber o que é essa qualidade, nos vamos saber isso?*

(S7): *acho que é um conceito muito pessoal.*

(S8)[...] *porque nós estamos perguntando uma coisa que eu não sei que definição que tem. Por que o que é definição de qualidade de vida pra mim ou pra qualquer outra pessoa que está respondendo?*

(S9): *e qual é o conceito de qualidade de vida do trabalhador?... Se nós tivéssemos um conceito pronto sobre qualidade de vida do trabalhador não havia necessidade de estar pesquisando isso.*

“qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é” (Campbell, 1976).

Diner (1999), traz em seu estudo a dimensão subjetiva da qualidade de vida, também chamada de bem-estar subjetivo, manifestada por meio da satisfação com a vida e de respostas emocionais. A satisfação associa-se com domínios específicos da vida (lazer, saúde, finanças e vida pessoal/afetiva) e há satisfação global com a vida atual, passada e futura, assim como à visão dos

outros significantes a respeito da própria vida, como os estados emocionais que compreendem as emoções e estados de humor positivos ou agradáveis (alegria, orgulho, contentamento, amor próprio, carinho, felicidade e êxtase) e negativos ou desagradáveis (culpa e vergonha, tristeza, ansiedade e medo, raiva/irritação, estresse, depressão e inveja).

Também se destaca a discussão a seguir:

(S6): Eu to pensando em qualidade de vida, ele ta pensando em satisfação [...]. O trabalho não é bom, ta em termo de remuneração isso é importante ou isso não é importante? A qualidade de vida em um sentido comum é estar satisfeito com a vida [...] É isso? Nós vamos saber o que essa resposta significa? [...]

(S7): Acredito que na população geral nós vamos entender que a qualidade de vida pra pessoa é isso que tem lá pra trás, mas aqui ela é fechada.

(S6): E ai, eu to respondendo uma coisa que eu to interpretando de um jeito, você interpretando como satisfação, outro como dinheiro, o outro como não estar doente, ele não ta bem, mas em só não estar doente ele já está maravilhoso. Sei lá eu não sei o que eu to respondendo. A pergunta não é clara ela embute algum conceito que ta na mídia, que ta no senso comum, cada um pensa de um jeito.

Conforme os discursos anteriormente relatados, podemos inferir que a qualidade de vida do trabalhador engloba principalmente três dimensões, que são elas: a satisfação do trabalhador com a sua vida em geral; possuir uma boa remuneração; não estar doente. Também foi discutida a relação com o conceito de qualidade de vida, abordado por todos, mas que ainda não há um consenso sobre o que é realmente e quais domínios devem ser contemplados, pois é algo particular da pessoa e cada indivíduo pode interpretar da sua maneira, conforme o seu conhecimento.

Como demonstrou o discurso de (S6), durante a discussão, para a dimensão de satisfação do trabalhador com a vida em geral, define-se que é a relação de satisfação harmoniosa entre aquilo que o indivíduo desejou e alcançou ou como a preponderância do afeto positivo sobre o negativo (DIENER, 1999). Vários fatores também contribuem para o nível de satisfação com a vida, tais como o casamento, contato social, emprego, eventos da vida, família, idade, influência biológica, nível educacional, personalidade, raça, religião, residência, transporte.

Também pode definir a satisfação como um julgamento cognitivo de algum domínio específico na vida da pessoa, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida, uma avaliação sobre a vida de acordo com um critério próprio. No entanto, esse julgamento depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido, ou seja, remete-se também a uma comparação com o seu meio social, cultural e histórico.

Lawton (1983), define a satisfação como a avaliação cognitiva da vida em geral, levando-se em conta o que o indivíduo tem e o que deseja ter, em relação aos seus objetivos e realizações pessoais, quanto a sua felicidade, que consistem em um estado afetivo positivo e duradouro, também em relação aos afetos positivos, esses considerados sentimentos transitórios de prazer relacionados muito mais à experiência emocional que ao julgamento racional e afetos negativos, esses que também se caracterizam como sentimentos transitórios que expressam as emoções negativas de ansiedade, depressão, agitação, medo e pessimismo.

Quanto à dimensão remuneração/salário, relatada nos discursos de (S6–S7), o nível de remuneração é um aspecto fundamental para qualquer profissão, principalmente numa sociedade sob a lógica capitalista. Para tanto, o salário mínimo definido como remuneração mínima devida ao trabalhador, sem distinção de sexo, deve ser capaz de satisfazer suas necessidades. Também é definida pela contraprestação mínima devida e paga diretamente pelo empregador a todo trabalhador, inclusive ao trabalhador rural, sem distinção de sexo, por dia normal de serviço capaz de satisfazer, em determinada época e região do País, as suas necessidades normais de alimentação, habitação, vestuário, higiene e transporte,

devendo atender também às necessidades da família do trabalhador (Técnica, 2005).

No entanto Ramalho (1995) observaram que os salários reais médios pagos no setor público, ao longo da década de 1980, foram 45% superiores àqueles pagos no setor privado. Najberg et al, (2002b), investigaram a remuneração média dos trabalhadores do setor público no ano 2000, constatando que, para todos os Estados da Federação, a remuneração dos servidores públicos é superior à remuneração média do total do pessoal ocupado. Em termos geográficos, o Estado com maior remuneração média para os trabalhadores da administração pública é o Distrito Federal com 11,4 salários mínimos, seguido de Amapá, Rio de Janeiro, São Paulo e Roraima. Dos dez Estados com menor remuneração para os trabalhadores da administração pública, oito pertencem ao Nordeste.

Marconi (2003), também mostra que os salários médios pagos no setor público são superiores aos pagos no setor privado e que os salários médios entre o setor público e o privado aumentaram ao longo da década de 1990. Com exceção dos celetistas, o salário das demais categorias de servidores públicos apresentou crescimento maior que o registrado para os trabalhadores do setor privado.

A dimensão estar doente/ ou estado de doença, apontada pelos participantes (S6-S7), durante a discussão, é denominada como o processo de construção da identidade de doente a partir da manifestação do sofrimento, independentemente da presença ou ausência de doença. Não sendo somente uma desordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital, que de nada serve, mas que é necessário suportar. Muitas pessoas desconhecem ter uma doença ou não se sentem doentes, até que profissionais da saúde, munidos de informações clínicas e técnicas de laboratórios, dão-lhes um diagnóstico.

Canguilhem (2000), diz que identidade de doente é um valor histórico, social, produzido e, portanto, passível de questionamento. Já para Herzlich et al (1987), a figura do doente cristalizou-se existencial e socialmente, assumindo a sua forma moderna e emergindo não apenas como um indivíduo, mas também como um fenômeno social. Desde então, o doente passou a ser definido a partir do diagnóstico do médico.

Uma síndrome que acomete os trabalhadores das mais diversas áreas e campos de trabalho são as LER/DORTs, caracterizando-se por ser um complexo patológico de difícil diagnóstico, tratamento e muitas vezes incapacitante. Para tanto Minayo et al, (2011) traz em seu estudo que nas LERs (lesões por esforços repetitivos), o que se privilegiava era o esforço repetitivo, a força e a repetição requerida pela musculatura dos membros superiores, inferiores ou do tronco em determinadas condições de trabalho, apontadas como núcleo de referência para o esforço e o conseqüente adoecimento. Nas DORTs (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho) observam-se dois referenciais distintos: os dados biomecânicos e psicossociais de reconhecida importância no entendimento desta doença; a análise do distúrbio, o que abre a possibilidade de compreensão da doença atribuída a um caráter constitucional, subjetivo e pessoal.

I.II SAÚDE DO TRABALHADOR:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é constituída pela Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, a qual consolida o trabalho desenvolvido desde a inserção desse campo como competência do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988. Essa política visa à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde. Tendo como objetivos o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde e com a atenção primária em saúde, os quais são: a promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador, a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial, o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2012).

O tema saúde do trabalhador também está vinculado ao processo de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, para tanto os membros do grupo de “experts” destacaram essa dimensão ao longo da discussão do grupo.

(S7): [...] Enquanto a sua saúde é influenciada né, ou o trabalho tem influenciado a qualidade da sua saúde. Alguma coisa nesse estilo, [...] O quanto que a gente acha que o nosso trabalho nos adocece, ta perturbando o nosso sono, ta nos dando mais ansiedade, se ta nos causando mais cansaço físico, mais dor.

(S6): E sempre que se discute a qualidade de vida do trabalhador ou saúde do trabalhador, a gente não fica só no enfoque de local do trabalho, do ambiente de trabalho dele.

(S7): [...] se a gente conseguisse perceber [...] que a pessoa pudesse entender o que do trabalho que pode estar interferindo na qualidade de vida dela, exemplo uma paciente que tem dificuldade com o horário que ela tem da noite, e isso ta perturbando muito né, então assim em que aspecto o trabalho de repente, pode estar perturbando a saúde dela.

(S3): a saúde do trabalho não é só lá no trabalho, é no trabalho ou em alguma outra coisa né.

(S2): Eu tenho uma saúde que é relacionada ao trabalho que tem uma outra, a saúde é uma só né, as vezes eu to doente no trabalho as vezes to doente em casa , a saúde é a mesma né,

Nos discursos anteriormente relatados os “experts” ressaltam que a saúde do trabalhador é influenciada pelo processo de trabalho e que o inverso também

ocorre, uma vez que o trabalho pode ser influenciado pela saúde do trabalhador. Reafirma-se que os aspectos físicos (ex: sono, cansaço físico e dor), emocionais ou psicológicos (ex: ansiedade) e ambientais, permanecem além do local de trabalho, sendo que a saúde do trabalhador não é desmembrada do ambiente de trabalho e fora dele, destacando-se que a saúde é uma só, única da pessoa.

O campo saúde do trabalhador tem sua origem a partir da década de 1980, com os avanços da produção acadêmica em setores da medicina preventiva e da saúde pública, aliados ao movimento pela reforma sanitária brasileira, a experiência italiana também contribuiu significativamente para a institucionalização da área de saúde do trabalhador, o fortalecimento dos movimentos dos trabalhadores reivindicando e introduzindo questões e ações relacionadas à saúde do trabalhador na rede pública (Minayo Gomez, Machado *et al.*, 2011). Como a criação dos programas de saúde do trabalhador, os centros de referências em saúde do trabalhador, os serviços de saúde como política pública em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (MENDES E COSTAS DIAS, 1991; PIMENTA, 1999, LACAZ, 2007).

A Saúde do Trabalhador é um campo específico da área da Saúde Pública que atua por meio de procedimentos próprios, com a finalidade de promover e proteger a saúde de pessoas envolvidas no trabalho. É construída a partir do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e de organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada (BRASIL, 2001).

Pode-se dizer que o objetivo da saúde do trabalhador é o processo de saúde e doença do homem, relacionado com o trabalho (MENDES E COSTAS DIAS, 1991), onde se busca colocar em destaque o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora contra os agravos à saúde do trabalhador (LACAZ, 2007).

Como destacado pelos participantes (S7-S6) no transcorrer da discussão, a interferência do trabalho na saúde do trabalhador e o local de trabalho apresentam algumas características detectáveis, além de algumas noções e conceitos mediadores, como riscos, carga de trabalho, exigências condizentes às condições materiais ou a componentes derivados à organização do trabalho. Também

condicionadas por vários fatores tais como: fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, vinculados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho. Os fatores de risco devem ser analisados sob múltiplos aspectos: a distribuição das pausas ou a estrutura de horários, a intensidade, o tempo de exposição e a organização temporal da atividade, a duração do ciclo de trabalho, são fatores que exercem interferência à saúde do trabalhador (DOENÇAS, 2006).

As doenças relacionadas ao trabalho estão descritas, segundo sua taxonomia, nomenclatura e codificação, na última revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), manual que subsidia o diagnóstico, tratamento, vigilância e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho e outras providências decorrentes (SAÚDE, 2008).

Quanto aos fatores físicos, também destacados na discussão, pode-se descrever o estudo realizado com motoristas de ônibus, onde se acredita que o estresse ocasionado pela longa jornada de trabalho e por estarem sujeitos a diferentes riscos e as atividades desgastantes no trabalho também pode ocasionar agravos à saúde como, por exemplo, alterações cardiovasculares com elevação da pressão arterial (Cordeiro R, 1993). Por outro lado, ao invés de possibilitar o crescimento e ocasionar a independência pessoal, as condições do trabalho podem ser o fator desencadeador de processo de doenças (COSTA, 2007).

No estudo realizado por Merlin et al (2010), são descritos aspectos das condições de trabalho e emprego e suas relações com a saúde. Foi demonstrado que, ao analisar o estado de saúde entre trabalhadores empregados e desempregados, a saúde dos desempregados era pior que a relatada pelos empregados. Percebeu-se que os desempregados sofrem efeitos imediatos e tardios sobre sua saúde, também foi observado que conviver com o desempregado acarreta deterioração do estado de saúde dos seus cônjuges.

No entanto, o trabalho realizado sob grande pressão faz parte do cotidiano das diversas equipes de trabalho. O desgaste emocional que estas pessoas são submetidas nas relações com o trabalho torna-se um fator significativo na determinação de transtornos relacionados ao estresse e à depressão. Os

sentimentos muito fortes e contraditórios elevam o nível de tensão, angústia e ansiedade e acabam por acarretar doenças psicossomáticas e outros problemas de saúde que levam ao aumento nos níveis de absenteísmo e afastamentos (JÁUREGUI, 2000).

A saúde do trabalhador baseia-se nos princípios do SUS, que estabelecem acesso universal, integralidade da atenção, ênfase em ações de prevenção e de promoção, descentralização e participação social, compreendendo um corpo de práticas teóricas interdisciplinares, multiprofissional e interinstitucionais no âmbito da saúde coletiva (MINAYIO et al, 2011).

I.III SAÚDE FÍSICA:

A saúde física diz respeito à junção entre disposições biológicas e situações sociais, culturais e ambientais. A interação entre saúde e trabalho apresenta uma repercussão sobre a vivência profissional, mostrando um caráter positivo para o ser humano que, por meio de suas atividades, transforma e cria coisas. O local de trabalho é um importante espaço para o desenvolvimento de intervenções, visando à promoção da saúde, pois um grande número de pessoas e grande parte da população adulta destinam inúmeras horas de suas vidas ao trabalho (COX, 1994; WILDI et al, 2004).

Ainda, nesse sentido, o tema saúde física foi relatado como importante para avaliar a qualidade de vida do trabalhador, segundo as considerações discorridas pelos “expets”.

(S5): [...] quanto tempo foi capaz de fazer as seguintes tarefas sem dificuldades causadas pelo seu trabalho? [...] levantar ou carregar, sentar, ficar de pé, repetir várias vezes o mesmo movimento, tem que traçar o objetivo,

(S3): [...] a gente sabe e conhece uma série de movimentos que contemplam algumas atividades, contemplam outras, e na verdade essas perguntas tão

procurando definir se ele consegue executar do ponto de vista físico aquelas atividades.

(S8): pensando no domínio físico, certo, as atividades vão ser o que: sentado, em pé, agachado, levantando e abaixando, fazendo movimentos [...] os movimentos a gente conhece, a gente pode quantificá-los em questões,

(S3): o individuo pode ficar cansado pelo trabalho, mas não desanimado.

Conforme os trechos relatados pelos “experts” e destacados anteriormente, pode-se salientar que saúde física do trabalhador define-se pela relação de como o trabalhador executa as suas tarefas do ponto de vista físico. Englobando os aspectos como a capacidade (ex: força e disposição) de realizar suas atividades, suas postura frente ao trabalho realizado (ex: em pé, sentado e/ou alterando posições) e os seus movimentos (ex: movimentos repetitivos, força excessiva) durante a execução de suas atividades.

(S5) destaca, ao longo da discussão, a questão da capacidade de realizar tarefas, portanto o trabalhador com baixos índices de aptidão física é predisposto a distúrbios ocupacionais, tais como lesão por esforço repetitivo e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LERDROT), os quais possuem características de cansaço, tensão muscular e dor postural, entre outros sintomas. Além disso, podem impactar negativamente na saúde mental e nas relações sociais do trabalhador (GALLASSI, 1999).

O posicionamento ideal durante a atividade laboral é necessário para adotar uma postura ou realizar um movimento, para isso o trabalhador associa diversos músculos, ligamentos e articulações do corpo durante suas atividades de trabalho, portanto a distribuição das tarefas, a frequência do manuseio, a frequência com que os movimentos são realizados ao longo da jornada de trabalho e o estado de fadiga do trabalhador sempre devem ser levados em conta, pois são fatores para o aparecimento de sintomas musculoesqueléticos relacionados à realização de atividades quanto postura, à força e à repetitividade em posições não consideradas ideais (COUTO et al, 1998; GRIECO, 1998; GRANDJEAN, 2005) .

(S3-S8) destacam, durante a discussão, o envolvimento do trabalhador com os meios de transformação e também os aspectos organizacionais do trabalho, que acarretam, durante a jornada de trabalho, os esforços repetitivos, o trabalho estático, o esforço físico intenso, os ritmos intensos de trabalho e posturas inadequadas. Sendo esses fatores predisponentes ao aparecimento ou agravamento de lesões, principalmente do sistema musculoesquelético (BATIZA, 2011).

Para o auxílio na execução de tarefas, a melhora da capacidade (força e disposição), execução dos movimentos e postura no trabalho, as empresas têm adotado a Ginástica Laboral (GL), como um recurso tanto para reduzir os atestados médicos, acidentes de trabalho, as lesões por esforços repetitivos, quanto para garantir o aumento da produtividade nos setores (MENDES E LEITE, 2004). Esses esforços, realizados pelas empresas, repercutem em inúmeros benefícios ao trabalhador, tais como: alívio do estresse, melhora de postura corporal nas atividades de vida diárias, mobilidade e flexibilidade articular e diminuição de inflamações e traumas (OLIVEIRA, 2004).

I.IV SONO:

O sono é definido como um estado de inconsciência, do qual a pessoa pode ser despertada por estímulos sensoriais ou outras formas de estímulos e possui múltiplos estágios, desde o muito leve até o profundo.

O sono produz importantes efeitos fisiológicos que afetam as funções do sistema nervoso central. A vigília prolongada está associada ao mau funcionamento progressivo dos processos mentais, podendo causar atividades comportamentais anormais (GUYTON, 2002).

O tema sono também ganhou destaque durante a discussão, tornando-se importante para a qualidade de vida do trabalhador.

(S1): Tem as duas vias? Tanto o sono influencia no trabalho quanto o trabalho no sono?

Conforme o relato descrito durante a discussão grupal, o sono é caracterizado pela influência da má qualidade do sono no trabalho e também pela

influência do trabalho na qualidade do sono (ex: perda de sono, dormir número de horas insuficientes).

O aumento da industrialização, na sociedade, torna cada vez mais comum o trabalho em turnos, bem como o desenvolvimento de atividades no período noturno, onde essas atividades exercem efeitos negativos no sono, também no desempenho e na saúde, expondo os trabalhadores a risco de acidentes e desenvolvimento de diversas doenças (AKERSTEDT, 2009).

Diversos estudos têm demonstrado que o trabalho em turnos e noturno provocam sonolência, fadiga e distúrbios do humor, podendo desencadear ou acarretar problemas cardiovasculares e intestinais. Também acarretam declínio na produtividade e no rendimento do trabalho, ocasionando fatores de risco para ocorrência de erros e conseqüentemente acidentes de trabalho (SUZUKI, 2005). Observa-se que o sexo feminino tem sido apontado como o de maior prevalência de distúrbios do sono e sonolência no trabalho (MAKUNATA, 2001).

Quando se avaliam os níveis de estresse e a qualidade de sono dos trabalhadores que realizam atividades em turnos, observa-se que, na maioria dos setores, há uma relação íntima, repercutindo negativamente para o trabalhador (ROCHA, 2011). Reilly e Edwards (2007), demonstram os efeitos nocivos à saúde dos trabalhadores quando há privação de sono, relatando os episódios de comportamento bizarros ou alucinações que são frequentemente percebidos nos trabalhadores.

Também tem sido realizada a associação entre o trabalho noturno e os distúrbios de sono (AKERSTEDT, 2002), que acometem uma média de 35% a 41% na população em geral (SHERRIL et al, 1998).

Montgomery e Dennis (2004), trazem, em seu estudo, que é consideravelmente alta a prevalência de distúrbios do sono e seus impactos negativos, mas o número de pessoas que recebem tratamento ainda é baixo, e os tratamentos não farmacológicos mostraram-se efetivos (PORTO et al, 2004; MONTGOMERY E DENNIS, 2004a). Os tratamentos comumente utilizados são os farmacológicos, embora sua utilização possa trazer complicações, tanto na tolerância, como na dependência (MONTGOMERY E DENNIS, 2004a; PASSOS et al, 2007).

I.V TRATAMENTO DE SAÚDE:

Tratamento de saúde é o conjunto de meios de qualquer tipo, sejam higiênicos, farmacológicos, cirúrgicos ou físicos cuja finalidade é a cura ou o alívio de enfermidades ou sintomas, após a elaboração de um diagnóstico.

Entretanto o tema, tratamento de saúde, também foi referido como necessário para constituir na ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de “experts”, durante a discussão que pode ser analisada a seguir:

(S1): “Algum tratamento médico”, [...].

(S7): [...] eventualmente eles fazem, pra dor mesmo se faz massagem, se faz quiropraxia, se faz pilates, outras coisas [...],

(S7) [...] de repente pode ser medicação. O que que vai interessar, [...] se teve que procurar assistência de alguma forma né, se usou medicação ou alguma outra forma de alívio dos sintomas, das coisas que ele tava passando

(S8): [...] o acesso ao serviço de saúde,

(S7): É, e assim não teria que botar uma que se refere a um período de tempo assim, por exemplo, nos últimos doze meses, ultimo seis meses? [...] Essas perguntas são feitas.

Conforme os trechos dos relatos acima, pode-se inferir que o tema definido como tratamento de saúde consiste em todos os meios que o trabalhador utiliza para melhorar ou aliviar os seus sintomas e para melhorar a sua saúde (ex: consultas, tratamento medicamentoso, fisioterapia, pilates, massagem, quiropraxia) e qual o período de tempo em que foi realizado o tratamento.

Como ressaltado nos discursos de (S7-S1-S8) sobre os tipos, formas e tempo de tratamento que os trabalhadores realizam, pode-se tomar como base o protocolo do Ministério da Saúde, Dor Relacionada ao Trabalho (2012), onde diz

que o tratamento não é exclusividade médica, sendo desejável a participação de outros profissionais de saúde, tais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, psicólogo, profissional de terapias complementares e terapeuta corporal, com domínio de técnicas diversificadas para se obter a efetividade no tratamento (BRANDÃO et al, 2005).

Com relação ao tratamento medicamentoso, depois de afastadas as causas específicas como neoplasias, fraturas e doenças infecciosas, deve ser centrado no controle sintomático da dor para propiciar a recuperação funcional, o mais rapidamente possível. Os fármacos utilizados variam de analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares e antidepressivos (WADDELL, 1998). O tempo de tratamento acontece de acordo com o fármaco utilizado, tempo de duração dos sintomas, podendo ser um tratamento temporário ou contínuo.

No que diz respeito à assistência fisioterápica, os dados mostram que, em média, o tempo em que os trabalhadores realizam tratamento fisioterápico é de seis meses. E recebem assistência fisioterápica em locais públicos e privados, onde a frequência semanal das sessões de fisioterapia realizadas varia de três a cinco vezes por semana (DA CRUZ *et al*, 2010).

Outra forma utilizada de tratamento são os exercícios do método Pilates, os quais são executados em posições que diminuem o impacto nas articulações de sustentação do corpo na posição ortostática. Quando comparado com outros estudos, o Pilates trabalha com exercícios musculares de baixo impacto, fortalecendo intensamente a musculatura (ADAMS, 2004). Há controvérsias quanto ao tempo necessário de prática do método Pilates para promover relação equilibrada dos músculos. Alguns estudos sugerem que são necessários pelo menos seis meses de tratamento para alívio da dor, porém o estudo de Jago (2006) onde demonstrou que o Pilates é efetivo no tratamento de indivíduos com dor lombar crônica, apresentando resultados com apenas quatro semanas para redução da intensidade da dor.

A massagem está integrada à definição de medicina não convencional, em um estudo realizado por Morelli et. al (2007) que comparou os benefícios em pacientes cefálicos verificou a eficácia no tratamento e combate à cefaleia tensional. Esse fato vem de encontro aos autores Olson, et al, Ashina et al, (1997) que também demonstraram eficácia no alívio da dor de cabeça, quando utilizaram

um protocolo de tratamento baseado na massagem dos músculos da coluna cervical e dos ombros, além de alongamentos dos músculos escalenos, elevador da escápula e peitoral maior. O tempo de tratamento irá variar de dias, semanas ou até meses, sendo realizado duas ou mais sessões durante a semana.

O outro trabalho desenvolvido em 2008 avaliou a diminuição do escore de dor e dos níveis de ansiedade em indivíduos com dor lombar crônica não maligna, com intensidade de dor de moderada a severa, após aplicação de uma sessão de massagem por enfermeiras (SEERS, 2008).

I.VI CAPACIDADE PARA DESEMPENHAR O TRABALHO:

O conceito de capacidade para o trabalho é enfatizado pela condição da combinação entre recursos humanos em relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, gerenciamento, cultura organizacional, comunidade e ambiente de trabalho. O conceito é expresso como "quão bem está, ou estará, um(a) trabalhador(a) presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela são para executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais" (ILMARINE, 2001, FISCHER, 2005).

Portanto o tema, capacidade para desempenhar o trabalho, também foi referido como necessário para compor a ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de "experts", como mostrado na discussão a seguir.

(S3): É que na verdade aqui a gente tá querendo saber o [...], quão satisfeito ele está com a sua capacidade de desempenhar o seu trabalho e quanto essa satisfação interfere nas atividades do seu dia-a-dia.

(S4): Tá mais ligado na capacidade de desempenhar, e não no seu desempenho alcançado.

(S7): [...] Porque assim, produtividade me parece sempre aquela coisa que serve muito para produção de itens, de bens. [...] mas eu posso ter feito várias visitas em

um ambiente, posso ter feito capacitação, posso ter feito várias outras atividades, que nem sempre, nem todo trabalho é visto como produtividade.

(S2): [...] *não sei, pode ser que dependendo do trabalhador se o cara for um carregador, estivador, por exemplo, se não conseguir levantar tal coisa, estaria ferrado, se o cara for um intelectual, um escritor, isso afetaria pouco o trabalho dele,*

(S4): Tá, aqui no sentido de estar disponível mesmo ao trabalho de equipe,[...].

(S9): Além de executar o trabalho dela, se ela tem disposição ou se ela consegue ajudar outra pessoa.

(S4): No sentido justamente desse desprendimento de tu auxiliares, mas não que seja necessariamente em equipe, a disponibilidade dele de ajudar.

(S8): [...] *é pra entender que é problema do serviço ou um ente doente em casa, que eu levo para o trabalho, [...]*

(S4): [...] *não por que ta falando de capacidade física.*

Conforme os trechos dos relatos anteriores, pode-se inferir que a capacidade para desempenhar o trabalho define-se pelo quanto o trabalhador consegue estar à disposição para auxiliar nas atividades de outros colegas e o quanto isso afeta no seu dia a dia e se essa disponibilidade lhe deixa satisfeito. Sendo focado na capacidade de desempenhar sua função e não no seu desempenho, sendo que cada atividade terá suas especificações.

Ilmarine (1997), relatam em seu estudo, que os principais fatores identificados como modificadores na capacidade para o trabalho são o envelhecimento biológico, a saúde, o trabalho e o estilo de vida.

Na discussão, (S3) relata que deve ser analisada **“a satisfação do trabalhador com a sua capacidade para o trabalho”**, dessa forma os aspectos individuais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, obesidade, sedentarismo, sono, repouso e trabalho, além das condições e organização do trabalho como: satisfação no trabalho, tempo no serviço, cargo, turno, ritmo,

autonomia e controle, são fatores que afetam a disposição do trabalhador para as suas atividades e a sua capacidade para a realização das atividades relacionadas com o trabalho, bem como para auxiliar no trabalho dos outros, como relatado por (S4-S9) durante a discussão (METZNER, 2001; RAFFONE, 2005; FISCHER, 2006; MARTINEZ, 2006; WALSH, 2004).

Com o intuito de observar a satisfação dos trabalhadores, pode-se apontar que apenas uma minoria declara sua insatisfação, o que pode levar a uma prevalência subestimada de insatisfação no trabalho. Declaram, também, que mesmo em situações adversas com acidentes, condições de trabalho inadequadas, acentuada divisão do trabalho e altos índices de absenteísmo, os níveis de satisfação ainda podem ser observados (BUSSING, 1999). Já no estudo de Faragher (2005), a satisfação no trabalho está associada à saúde, desta forma, as repercussões sobre os efeitos físicos em poder auxiliar os demais trabalhadores apresentam efeito positivo da capacidade funcional sobre a satisfação do indivíduo.

Em relação às especificações de cada trabalho, apontadas, durante a discussão, por (S2) quanto ao tipo de produção, sendo que o enfoque é estar vinculado ao fato de produzir e não no desempenho alcançado nos serviços como apontado por (S4-S7), onde os trabalhadores com conteúdo de trabalho mental apresentam a tendência de ter sua capacidade para o trabalho mais preservada do que aqueles com conteúdo predominantemente físico. Justificado pela perda da capacidade para o trabalho ser mais intensa nos trabalhos de predomínio de exigências físicas (ILMARINEN, 1997).

Quanto ao impacto da capacidade funcional no dia a dia do trabalhador, conforme apontado por (S3), durante a discussão, traça-se um panorama em que a influência do estilo de vida do trabalhador na capacidade para a realização de trabalho é gerada por fatores biológicos, de saúde, bem estar e o estilo de vida, de modo que esses fatores interferirão no seu desempenho, tornando o trabalhador satisfeito ou não (ILMARINEN, 1997).

I.VII ESTADO DE DOENÇA / ESTAR DOENTE:

Doença designa um distúrbio das funções de um órgão, da psique ou do organismo como um todo que está associado a sintomas específicos. Pode ser causada por fatores externos, como outros organismos (infecções), ou por disfunções ou más funções internas, como as doenças autoimunes, resultando na perda da homeostasia de um organismo vivo, total ou parcial, estado esse que pode cursar devido a infecções, inflamações, isquemias, modificações genéticas, sequelas de trauma, hemorragias, neoplasias ou disfunções orgânicas. Distinguindo-se da enfermidade, que é a alteração danosa do organismo. O dano patológico pode ser estrutural ou funcional.

Contudo o tema estado de doença/estar doente, também foi referido como necessário para a avaliar a qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de “experts”, como pode ser visto a seguir.

(S8): É [...] aqui que me parece que buscar a qualidade de vida é saber se ele tá doente ou não está doente?

Conforme o trecho relatado anteriormente, infere-se que para os “experts” consiste em buscar saber se *não estar doente* é sinônimo de ter qualidade de vida.

O termo qualidade de vida relacionada à saúde tem um sentido mais restrito, implicando em aspectos diretamente associados às doenças ou intervenções em saúde. Há o predomínio, na área da saúde, quanto à conceituação de qualidade de vida: "qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde *“health-related quality of life”*, este conceito é definido como a capacidade funcional ou estado de funcionamento fisiológico e psicológico ou de bem estar (SEIDL, 2004)

O termo qualidade de vida ligada à saúde possui significado de valor que é atribuído à vida, é ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial (AUQUIER, 1997).

Pode-se, no entanto, definir que a qualidade de vida relacionada à saúde é a valoração subjetiva que o indivíduo faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde, referindo-se aos vários aspectos da vida, que são afetados por mudanças no seu estado de saúde e que são significativos para a qualidade de vida é, no entanto, o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde (SEIDL e ZANNON, 2004).

A qualidade de vida relacionada à saúde é conceitualmente representada pela satisfação de uma pessoa em relação ao momento da sua vida que possa estar sendo afetado pelo estado de saúde, sendo eles: capacidade física, capacidade cognitiva, relacionamentos, emoções e espiritualidade (BREDOW, 2008).

Fernandes et al (2010), realizaram um estudo que avaliava a qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família. Dentre os dados encontrados, a maioria dos participantes classificou sua saúde como "boa" ou "muito boa" (92%), explicando que, de certa forma, 66,7% negaram possuir qualquer problema de saúde. Os autores encontraram influência da autopercepção do nível de saúde em relação aos domínios físico, psicológico e nível de independência. O relato de baixo nível de saúde se relacionou com escores menores de qualidade de vida segundo a análise realizada no estudo.

Para Fleck (2010), a qualidade de vida é subjetivamente afetada pela percepção, sentimentos e comportamentos relacionados com as atividades diárias, não estando limitada à condição de saúde e à intervenção médica. Nesse sentido, é de fundamental importância que estratégias de promoção da saúde do trabalhador sejam elaboradas inclusive no sentido de tornar o trabalho menos desgastante e repetitivo.

No estudo de Cavariani e Fortes (2011), com pacientes portadores de urticária crônica (UC), os autores demonstraram que os indivíduos apresentaram grave comprometimento da qualidade de vida. Em estudos com outras

dermatoses, igualmente crônicas, como hanseníase e psoríase, dermatite atópica, vitiligo, entre outros, também foram observados substanciais impactos na qualidade de vida de seus portadores.

I.VII RELAÇÃO SEXUAL:

A relação sexual pode ser compreendida como todas as formas de atividade sexual, representando um poderoso papel no relacionamento humano, sendo, em muitas sociedades, normal aos pares terem atividades sexuais frequentes, enquanto usam contraceptivos como forma de compartilhar o prazer, reforçando e fortalecendo sua ligação emocional através do sexo. Seu objetivo primordial é a reprodução e continuidade da sobrevivência da espécie humana, é frequentemente praticada por prazer e/ou como uma expressão de amor e intimidade emocional.

No entanto o tema relação sexual, também foi referido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos da discussão vistos a seguir.

(S4): O seu trabalho interfere na sua vida sexual?

[...] Está bem assim?

(S8): Acho que tá bom.

Conforme os trechos dos relatos anteriores, pode-se inferir que o tema relação sexual é definido pela interferência das atividades, ou tarefas do trabalho na vida sexual do trabalhador.

As relações afetivas e sexuais são estruturadas por um conjunto de significados de cultura, baseadas em questões de gênero, posições socioeconômicas e especificidades regionais. Portanto, a própria sexualidade é baseada em relações sociais, nas quais são importantes a hierarquia, as expectativas do indivíduo e os significados sociais compartilhados ao grupo a que o indivíduo pertence (LEAL, 2003).

Os estudos voltados para o campo de promoção da saúde sexual e a adoção de políticas de prevenção foram, geralmente, relacionados à AIDS e às atitudes perante as doenças sexualmente transmissíveis (DST) (JODELET, 1998; SILVA, 2002; TURA, 1998; OLTRAMARI, 2010).

No estudo de Da Cunha et al (2011), que discutiu as representações sociais acerca de "saúde nas relações sexuais" de mulheres atendidas pelo SUS, os autores observaram que os elementos presentes na dimensão "qualidade de vida" sugerem uma vinculação importante entre a satisfação sexual e o bem-estar geral.

No estudo de Lunelli et al (2008), foram descritos os conhecimentos dos pacientes pós-infartados e as orientações recebidas para o retorno à atividade sexual. Os autores ressaltam que a atividade sexual deve ser considerada como qualquer outra atividade física, que condiciona significativamente e melhora a capacidade funcional do paciente e, portanto, está relacionada a um aspecto da qualidade de vida.

Dentre os fatores causadores da disfunção erétil, estão os fatores socioeconômicos como: baixa renda e baixo grau de escolaridade, desemprego e estado civil (LAUMANN, 1999; JOHANNES, 2000; PARAZZINI, 2000; MOREIRA, 2001; NICOLOSI, 2003), dessa forma adentrando ao assunto discutido pelo grupo, onde os participantes (S4-S8) destacam a íntima relação entre o trabalho e a relação sexual.

Já no estudo realizado por Najjar et al (2006), foi mostrada a prevalência de disfunção erétil e os fatores de risco associados. Os autores relatam que a autoavaliação negativa da qualidade de vida é reflexo do menor nível de atividade sexual, sendo avaliada pelo número médio de relações sexuais por semana e da presença de outras disfunções sexuais concomitantes.

I.IXATIVIDADE FÍSICA:

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resultam em gasto energético maior que os níveis de repouso. É também qualquer esforço muscular pré-determinado, destinado a executar uma tarefa, seja ela um deslocamento dos pés, até um

movimento complexo em alguma competição desportiva. Modernamente, o termo refere-se em especial aos exercícios executados com o fim de manutenção da saúde física, mental e espiritual.

Portanto o tema atividade física também foi referido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts a seguir.

(S4): [...] ele pratica exercícios, ele pratica atividade física,

[...] se ele joga futebol, vôlei, ou alguma coisa desse gênero.

(S7): Exercícios regulares então?

(S5): é por que já são comprovados os benefícios da atividade física na qualidade de vida [...]

Os relatos dos experts anteriormente citados inferem que a atividade física define-se pelo desempenho da prática de atividade regularmente (Ex: caminhadas, exercícios, academia, jogos) e os benefícios que são proporcionados na qualidade de vida do trabalhador.

O termo qualidade de vida tem sido usado, frequentemente, pela sociedade moderna nas mais diversas circunstâncias. Sendo possível encontrá-lo associado à alimentação, ao transporte, à segurança, ao urbanismo, entre vários outros aspectos de extrema relevância para a vida cotidiana dos indivíduos e da sociedade (DOS SANTOS e SIMÕES, 2012).

Como relatado por (S5) que argumenta sobre os benefícios comprovados da atividade física na qualidade de vida e na saúde, destaca-se que vários estudos relacionam as diversas práticas corporais, como a atividade física, exercício físico e prática esportiva como fatores que são vinculados positivamente à melhoria da qualidade de vida. No entanto, nem sempre há clareza conceitual ou mesmo um delineamento preciso sobre tais práticas e a sua relação com a qualidade de vida (DOS SANTOS e SIMÕES, 2012).

Também ao investigar o conceito de qualidade de vida relacionado à atividade física deve-se fazer a distinção entre atividade física, práticas esportivas, exercício físico ou qualquer outra prática corporal. Além disso, ainda é premente compreender os tipos de práticas, o volume, a intensidade, a frequência de tais práticas e qual sua relação com a qualidade de vida (DOS SANTOS e SIMÕES, 2012).

Portanto há fortes evidências sobre os efeitos de proteção da atividade física de lazer regular contra as principais doenças crônicas, como doenças coronárias, hipertensão, derrame, diabetes, osteoporose, depressão e ansiedade (WEYER, 1994; DUNN, 2001; KESÄNIEMI, 2001). Em consonância com isso, o aumento da aptidão pela atividade física resulta em melhorias na qualidade de vida de todos os praticantes (REJESKI, 2001).

No entanto, a relação entre atividade física regular e a capacidade para o trabalho são menos claras. Em contraste, o exercício físico realizado em unidades de trabalho melhora a capacidade física e impede o declínio da capacidade para realizar as atividades do trabalho (POHJONEN, 2001). Teoricamente, o aumento da atividade física pode aumentar a capacidade da pessoa para lidar com as exigências da vida cotidiana, mas os caminhos para a melhoria global da capacidade para o trabalho ou da qualidade de vida relacionada à saúde, pode ser muito complicada por ser dependente de vários fatores que influenciam estes conceitos.

No entanto, a atividade física regular pode atuar efetivamente na prevenção e tratamento de distúrbios psicológicos, bem como na promoção da saúde mental, na melhoria do humor e do autoconceito, em uma maior auto eficácia, controle do estresse, melhoria da função intelectual, redução da ansiedade e da depressão (DE ARAUJO et al, 2011).

Também a prática de atividade física regular pode prevenir o ganho de peso e, além de aprimorar o condicionamento físico, pode reduzir a mortalidade e morbidade. Apesar dessa importância, é pequeno o número de pessoas que praticam regularmente alguma atividade física (HOFELMANN, 2009).

I.X DROGAS LICITAS E ILICITAS:

Droga lícita é uma droga cuja produção e uso são permitidos por lei, sendo liberada para comercialização e consumo. Observa-se que o fato de serem liberadas, não significa que não provoquem algum prejuízo à saúde mental, física e social. Isso dependendo de múltiplos fatores tais como quantidade, qualidade e frequência de uso. As drogas lícitas mais consumidas pela população em geral são: álcool, tabaco, benzodiazepínicos, xaropes, descongestionantes nasais, anorexígenos, suplementos alimentares e os anabolizantes.

Já as drogas ilícitas são todas e quaisquer substâncias químicas, proibidas por lei.

No entanto, o tema drogas lícitas e ilícitas também foi referido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos a seguir.

(S7): [...] Fumar? Beber?

(S7): Dá uma noção o quanto a pessoa age para qualidade de vida [...].

Conforme os trechos anteriormente relatados, pode-se inferir que a dimensão drogas lícitas e ilícitas é definida pelo impacto que o uso de drogas causa na saúde do trabalhador e, conseqüente, na sua qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o consumo disfuncional de álcool interfere negativamente na qualidade de vida e nas relações pessoais, por isso os sujeitos alcoólatras apresentam um declínio significativo da qualidade de vida e nos aspectos sociais, à medida que aumenta o consumo de álcool (MARTINS et al, 2012).

Dessa forma, estudos têm fornecido informações acerca dos problemas enfrentados pelos familiares de dependentes químicos, frente às situações geradas pelo uso de drogas, ocasionando desentendimento e fragilização nas relações interpessoais. Essas situações são reveladas por sentimentos mais

diretamente ligados ao âmbito emocional como ambiguidade, impotência, ansiedade, medo, sentimento de culpa, decepção, frustração, depressão, e outros problemas relacionados às situações rotineiras do dia a dia. Dentre outros prejuízos, o distanciamento dos amigos e a redução das atividades sociais, com conseqüente comprometimento da qualidade de vida (QV), são vivenciados tanto pelo familiar quanto pelo dependente de drogas (SCHENKER, 2004; MIRANDA, 2006; GONÇALVES, 2010).

O uso do álcool impõe às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida. A reafirmação histórica do papel nocivo que o álcool oferece à população dá origem a uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo, corroborando assim o fato concreto de que a magnitude da questão é enorme, no contexto de saúde pública mundial (SAÚDE, 2004).

O uso compartilhado de equipamentos utilizados na autoadministração de drogas injetáveis (com o agravante de a cocaína injetável ser diretamente responsável por cerca de 25% do total de casos de AIDS notificados), é responsável pela infecção pelo HIV e as demais doenças de transmissão sanguínea são bastante prevalentes entre os usuários brasileiros, com taxas elevadas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais (SAÚDE, 2004).

Contudo, pode-se salientar que o consumo de drogas lícitas e ilícitas é considerado problema de ordem social não somente em função de sua alta frequência, mas, principalmente, devido aos prejuízos à saúde, com conseqüências biopsicossociais para toda a sociedade (CARLINI, 2001; MONTEIRO, 2003).

I.XI DOR:

A dor é definida como um sintoma subjetivo próprio de cada indivíduo, também um mecanismo de proteção do corpo, onde sempre que qualquer tecido do corpo seja lesado ela ocorre, fazendo com que o indivíduo reaja para remover

o estímulo doloroso. A dor é classificada em dois tipos principais: a dor rápida e a dor lenta (GUYTON, 2002).

No entanto, o tema dor também foi referido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo as considerações relatadas pelo grupo de “experts” a seguir.

(S3): Ah, tu estas dizendo assim a manifestação da dor entre uma situação e outra né.

(S6): Claro, em ambas as situações a dor não é a mesma.

(S6): Nós vamos ter uma avaliação mais refinada né, por que a dor que se sente no trabalho não é a mesma que se sente em casa. “Ah não é”!

(S7): Por exemplo, assim as vezes a dor ela impede mais a gente de trabalhar quando chega no final da jornada , mais no final do dia, [...]

(S7): É o tempo né, em quanto, é uma idéia só, enquanto que aquilo ali, se é na maior parte das tuas atividades que tu sente dor, ou é só em algumas?

(S6): É que eu entendo que aqui é uma pergunta global É então [...], então eu imagino no meu trabalho não interfere nada? Não tem dor? Ou interferiu um pouquinho, independente de saber aqui se é no principio quando eu começo, [...]

Conforme os discursos do grupo, transcritos anteriormente, pode-se inferir que a dor define-se como um sintoma referido pelo trabalhador relacionado, ou não, a sua jornada de trabalho, podendo variar em relação à intensidade; ao tempo em que sente a dor; nas diferentes situações e atividades que causam dor; nos diferentes fatores causadores da dor; no inicio da dor e nas diferentes sensações entre a dor sentida no ambiente de trabalho e a dor que sente em casa. Existindo também a possibilidade de o trabalhador sentir dor que não está

relacionada com o ambiente de trabalho, mas que pode influenciar as suas atividades de trabalho.

A dor relacionada ao trabalho é descrita desde a Antiguidade (DEMBE, 1996), mas o registro clássico sobre a descrição de vários ofícios e danos à saúde a eles relacionados está contido na obra de Ramazzini (1985), onde são citadas as afecções dolorosas decorrentes dos movimentos contínuos da mão, realizados pelos escribas e notários, cuja função era registrar manualmente os pensamentos e os desejos dos príncipes e senhores, com atenção para não errar.

Os fatores causadores de dor relacionada ao trabalho estão relacionados com as metas e a produtividade estabelecidas, com a qualidade dos produtos e serviços e com o aumento da competitividade de mercado, que leva os trabalhadores a seus limites físicos e psicossociais, exigindo adequação dos trabalhadores às características organizacionais das empresas, pautadas por intensificação do trabalho, aumento real das jornadas e prescrição rígida de procedimentos, impossibilitando manifestações de criatividade e flexibilidade (BRANDÃO et al, 2005).

Não se pode deixar de citar as exigências psicossociais, que muitas vezes não são compatíveis com características humanas, com alta demanda de movimentos repetitivos, associados à ausência e impossibilidade de pausas espontâneas, permanecendo em determinadas posições por tempo prolongado, além de equipamentos e instrumentos que não propiciam conforto, são considerados fatores causadores de dor relacionada ao trabalho (BRASIL, 2006).

Boff et al, (2002), demonstraram que, dos 6.898 benefícios concedidos por incapacidade temporária pela previdência, os diagnósticos de Sinovite e Tenossinovite atingiram 4,8% e Lumbago 2,5% do total de doenças respectivamente. As doenças do sistema osteomuscular foram a causa mais frequente de afastamento do trabalho, totalizando 24,8%.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS), juntamente com a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, demonstrou que entre os diversos ramos da atividade econômica que são mais acometidos pelos sintomas de dor relacionada

ao trabalho, destacam-se os trabalhadores que apresentam afecções de ombros. As epicondilites tendinites de mãos e punho (BRASIL, 2006).

Em relação à intensidade da dor destacada nos discursos de (S3-S6), vários são os meios de avaliar esse sintoma, porém a percepção de dor é caracterizada como uma complexa experiência de qualidade e intensidade, associada a características afetivas e motivacionais, possuindo caráter individual e subjetivo, no entanto por mais que saibamos o mecanismo e o processo modulador, a intensidade irá variar de indivíduo para indivíduo (DA SILVA, 2011).

Na discussão grupal, o tempo de dor, destacado por (S7), demonstra o sentimento referido pelo trabalhador e apresenta variações, dependendo da atividade realizada, do tempo de exposição ao fator causador e da jornada de trabalho. Toda pessoa já sentiu dor em algum momento da vida, porém, quando o sintoma se prolonga, torna-se um motivo de redução da atividade laboral, licenças e afastamento do trabalho, além da possibilidade de desenvolvimento de quadros de depressão (SOARES, 2004). Também pode estar associado a vários fatores, como os sócios demográficos, psicossociais, físicos e organizacionais, esses se tornando desencadeadores do desenvolvimento e manutenção da dor musculoesquelética (MALCHAIRE, 2001).

Brandão et al (2005), investigaram a ocorrência de dor musculoesquelética em bancários do sul do Brasil, tendo constatado que cerca de 60% dos entrevistados relataram ter, pelo menos, um episódio de dor nos últimos anos e 43% nos últimos sete dias. Dos trabalhadores entrevistados, 19% tiveram que evitar o trabalho por dores em três ou mais regiões anatômicas; 40% relacionaram as dores com a atividade que realizam no seu trabalho e 39% referiram sentir dor sempre em três ou mais das 10 regiões anatômicas investigadas.

Para demonstrar o contexto da dor sentida no ambiente de trabalho e em casa, como salienta o discurso de (S3), durante a discussão grupal, Moore & Brodsgaard, chamam a atenção sobre as diferenças qualitativas e quantitativas da experiência da dor, especialmente em relação à reação à dor e ao comportamento de dor, que compreendem as singularidades culturais sobre a percepção e expressão da dor e seus impactos sociais (BRODSGAARD, 1999).

Já a dor de causa externa ao trabalho é um fator limitante para o bom desenvolvimento das atividades laborais, sendo que um fator externo será o causador do prejuízo ao trabalho. Para isso, Pimenta descreve que a psicologia cognitivo-comportamental fundamenta-se no pressuposto de que os processos cognitivos, biológicos, comportamentais, socioculturais e ambientais influenciam mutuamente o indivíduo e seu ambiente (PIMENTA, 1999).

I.XII ENERGIA:

Um termo físico para definir um conceito que, no momento, é fisiológico, datado do século XVII, define quantitativamente que energia é a habilidade de realizar trabalho e necessária quando se quer que algo seja posto em movimento, acelerado, levantado (SCHULIJHR, 1978; TRUMPER, 1990).

A energia denota um fator importante para ser avaliado na qualidade de vida do trabalhador e também foi referida como necessária, segundo os relatos do grupo de experts, como apresentado a seguir.

(S6): Bom, ai também. [...] O quanto seu trabalho interfere na sua energia pro dia-a-dia? [...]

(S1): [...] porque assim, eu tenho energia pro meu trabalho, mas eu to esgotada pra fazer qualquer outra coisa, terminou minha vida, mas eu tenho que trabalhar.

(S6): A pessoa pode não se sentir com energia e se superar né. Eu não to agüentando mais, mas venho, a sentido de obrigação, disso e daquilo.

Conforme os trechos dos relatos anteriores, pode-se inferir que a energia é definida pelo quanto o trabalho interfere na energia despendida para o dia a dia da pessoa, também o sentido de superação para suportar o seu trabalho, tendo que cumprir os seus compromissos e se, ao final da sua jornada de trabalho, ele(a) possui energia ou está exausto(a) para a realização de suas atividades do dia a dia.

Portanto a capacidade de produção representa a quantidade de produto que um determinado individuo produz em uma unidade de tempo, essa produtividade pressupõe que a jornada de trabalho correspondente gera dispêndio de energia física, mental e psíquica do trabalhador para realização da atividade (BARISI, 2006).

O dispêndio energético do trabalhador com suas atividades foi discutido pelos participantes e destacado por (S1) durante a discussão “***eu tenho energia pro meu trabalho, mas eu tô esgotada pra fazer qualquer outra coisa, terminou minha vida***”. O aumento da intensidade do trabalho é descrito por diversos autores (FERNEX, 2000; DAL ROSSO, 2008), portanto resulta no aumento das tarefas e/ou do aumento da complexidade da tarefa, de modo que o mesmo trabalhador ou a mesma equipe tenha que trabalhar mais, durante a sua jornada de trabalho, levando o individuo a uma sobrecarga, gerando cansaço e desgaste físico, contudo diminuindo a quantidade de energia para realização de suas atividades do dia a dia (MALO, 2006).

Dal Rosso (2008), argumenta que, com a intensificação e o alongamento do tempo despendido para o trabalho, gera-se um gasto de energia (física, cognitiva, emotiva, psíquica) do trabalhador e esse efeito de gasto de energias é caracterizado como um fenômeno puramente biológico ou biopsíquico, acarretando ao trabalhador a busca de superação para cumprir com as suas tarefas, adentrando no que foi discutido pelo grupo e relatado por (S6), que apontou a necessidade de o trabalhador ter a obrigação de cumprir com suas atividades.

No entanto, no estudo, realizado com enfermeiros e auxiliares de enfermagem de hospitais e unidades básicas de saúde, foi constatado que 57,5% dos trabalhadores chegam cansados, preocupados, angustiados, tensos ou estressados ao local de trabalho. Os autores citam como motivos o sofrimento no trabalho com falta de planejamento da assistência dos recursos, a falta de colaboração dos colegas e da equipe e a desvalorização profissional. Pode-se então dizer que os fatores emocionais interferem na capacidade de realizar as atividades e que a energia do trabalhador está ligada a fatores psicoemocionais (GONZALES, 2002).

Durante a discussão (S6), destaca que o trabalho interfere na energia para o dia a dia do trabalhador. Esse fato é demonstrado nos trabalhadores que possuem dupla jornada, os quais também apresentam desgaste energético de ordem de sua ocupação. Em uma pesquisa, realizada com enfermeiros de um hospital de oncologia pediátrica de Campinas – SP, demonstrou-se que 70,84% dos enfermeiros com duplo vínculo de emprego estavam estressados e relatando cansaço físico e emocional (PAFARO, 2004).

Ambrosio (2001) e Leite et al (2002), realizaram estudos com trabalhadores de colheita florestal, constatando que a exposição a condições adversas devido a fatores climáticos (ex: chuva, calor e frio), solo úmido, topografia acidentada, terreno com superfície irregular, ruído, vibração e poluição, apresentam características de um trabalho fisicamente pesado, exigindo grande esforço e gasto energético do trabalhador.

II. DOMINIO AMBIENTE

II.I AMBIENTE DE TRABALHO/LOCAL DE TRABALHO:

O ambiente de trabalho é constituído por fatores interdependentes, que atuam direta ou indiretamente na qualidade de vida dos trabalhadores e nos resultados do próprio trabalho (IDA, 2005). A maior fonte de tensão no trabalho são as condições ambientais desfavoráveis, como excesso de calor, ruídos e vibrações. Esses fatores causam desconforto, aumentam o risco de acidentes e podem provocar danos consideráveis à saúde (FIEDLER et al, 2006).

No entanto, o tema ambiente/local de trabalho também foi salientado e discutido por vários experts no transcorrer da reunião.

(S8): E ai no posto de trabalho saber se ele tem, por exemplo, na sala dele ele tem visão pra fora ou ele trabalha em um local fechado, onde ele vê a luz do dia, se ele só tem a luz artificial.

(S3): *Eu acho! Aqui de novo estamos perguntando o trabalho no local de trabalho e o trabalho em casa né. [...] Por que na verdade não se desvincula, a qualidade de vida não se isola né, totalmente assim no caso, só se isola naquele momento; se ele está num local ou no outro né.*

(S3): *Mas os comportamentos não são iguais no trabalho e em casa né, tem uma diferença.*

(S7): *tem muita gente que pensa que as vezes o trabalho pode ser duro mas as pessoas gostam muito do trabalho né [...]*

(S8): *É as vezes o ambiente , da o prazer mesmo que as condições não sejam boas, o grupo de trabalho, coisas assim influenciam sabe, “eu gosto de trabalhar lá mesmo que tenha sobrecarga de trabalho”.*

(S2): *mas assim aqui é uma situação em que não é uma doença, não é uma faixa-etária, a gente considera o trabalho dessa parte no principio o trabalho tem especificidades que não existiriam fora do trabalho [...]. Então define o trabalho por uma situação especifica, é que ele é um local, é um ambiente, é um padrão de relação interpessoal, mas assim, o diferente do que não é trabalho, quer dizer, o que eu tenho dentro da minha casa é diferente né, o meu ambiente a minha família, os meus amigos é diferente do trabalho.*

(S6): *Mas ai é até definir o que trabalho é esse, que ambiente é esse por que hoje com a variedade de tipo de trabalhos que nós temos [...]*

(S8): *Considera que teu ambiente de trabalho é prazeroso?*

(S9): *A pessoa pode trabalhar em Copacabana, e [...]*

(S7): *as questões de organização, organização do trabalho, como ele é feito, como é feito o controle do*

trabalho, e também as relações interpessoais, pra mim o ambiente de trabalho é tudo isso [...]

(S6): Aqui me parece, pelo o que ele tá colocando, é mais do ambiente de trabalho tipo: temperatura, barulho, poluição, é aquela coisa física.

(S7): Como disse outra vez o João, de repente tu estás trabalhando sem ver luz do sol, só se a gente for lá à janelinha da Cecília, e assim mesmo é aquela janelinha, que não pode abrir porque tem cigarro, o fumódromo é do lado.

(S9): nem todo trabalhador vai estar no ambiente de trabalho, trabalhando, e chega lá, trancou a porta do local de trabalho, esqueceu que tem família esqueceu que tem outras coisas.

Conforme os discursos relatados anteriormente destacados, pode-se inferir que o ambiente/local de trabalho se caracteriza pela estrutura (ambiente) onde o trabalhador exerce suas funções. Diferenciando-se quanto ao local de execução de sua tarefa, por exemplo o trabalhador pode exercer sua função em casa, como também no ambiente de trabalho real dentro da empresa, seu posto de trabalho, exercendo a função de “freelance”, ou realizando trabalhos temporários, apresentando sentimentos de prazer, mesmo que o ambiente não lhe permita boas condições de trabalho, compreendendo também as relações interpessoais e as diferenças de comportamento quanto ao local. Sendo que o trabalho possui especificidades que não existem em outro lugar, mas que não há como desvincular/desmembrar a vida da pessoa dentro e fora do ambiente de trabalho.

Transcorrido o tempo, desde o trabalho escravo, avançando pela revolução industrial, seguindo pela era da tecnologia e da informática, chega-se ao mundo contemporâneo do trabalho, com significativas mudanças nas demandas sobre o organismo humano do trabalhador. Do desgastante trabalho físico, decorrente das pesadas cargas e das longas jornadas, muitas vezes em ambientes insalubres, atualmente há uma configuração de trabalho com pouca demanda física, mas

como alto desgaste mental e espiritual (VASCONCELOS, 2001; ASSUNÇÃO E ROCHA, 2003).

Como destacado na discussão (S8-S7-S6), os fatores ambientais influenciam e inspiram o indivíduo, no seu ambiente de trabalho, onde as distintas condições podem contribuir para promover ou inibir sua atividade, embora influenciado por características da organização, o indivíduo exerce também uma influência no seu ambiente de trabalho, afetando o clima psicológico prevalente nesse ambiente (SORIANO DE ALENCAR, 1998).

No decorrer da discussão, (S3) salienta que, não só os fatores do ambiente organizacionais exercem influencia, tanto positiva quanto negativamente, mas também os elementos pessoais como o comportamento do indivíduo no ambiente de trabalho, ou fora dele, sofrem influências profundas dos fatores de ordem sócio cultural, como os valores e normas da sociedade (SORIANO DE ALENCAR 1998).

O ambiente e as condições de trabalho, destacados por (S2-S8) durante a discussão, recebem influência dos estilos de vida e inferem influência na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. Os aspectos como satisfação no trabalho, salário adequado, sucesso na carreira, bens adquiridos, relações sociais e disposição, tornam-se cada vez mais associadas ao conceito de qualidade de vida, pois grande parte de nossa vida acontece no ambiente de trabalho. A busca por uma adequação dos ambientes e das condições de trabalho ao ser humano garante a sustentabilidade econômica, o bem-estar e a qualidade de vida do trabalhador (METZNER, 2001). Nesse contexto, traz-se o crescimento do setor econômico de prestação de serviços e a introdução de novas formas de organização e de gestão do trabalho, onde os problemas ergonômicos e psicossociais se tornam cada vez mais importantes, enquanto problemas tradicionais, como a presença de substâncias químicas e de ruído, recuam para um segundo plano (S6) (JAMES, 2003).

Como destacado por (S6), na discussão, os diversos fatores ambientais que interagem com os trabalhadores e as características do ambiente de trabalho refletem, de maneira expressiva, na qualidade de vida do trabalhador. O local de trabalho deve ser sadio e agradável, proporcionando o máximo de proteção para

prevenir acidentes, doenças ocupacionais, proporcionando um melhor relacionamento entre a empresa e o empregado (JAMES, 2003).

II.II JORNADA DE TRABALHO:

A jornada de trabalho é definida como o período de tempo em que o empregado presta serviços ou permanece à disposição do empregador, num espaço de 24 horas. Possui característica de jornada máxima de tempo diário o turno de 8 horas, totalizando 44 horas semanais, exceto se outro limite for previsto em acordo coletivo ou convenção coletiva.

O empregador com mais de 10 empregados é obrigado a ter cartão-ponto, folha ponto ou livro ponto para controle do horário de trabalho.

O empregado é obrigado a anotar o verdadeiro horário de início e término do trabalho diário, inclusive os intervalos (EMPREGO, 2012a).

O tema jornada de trabalho também foi salientado como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo as considerações discutidas pelo grupo de experts, durante a discussão a seguir.

(S5): É o que o pessoal chama de terceira jornada tipo assim, a pessoa trabalha e exerce atividade doméstica.

(S7): Tem algumas que preferem deixar de fazer as coisas em casa pra fazer no trabalho.

(S8): A tua jornada de trabalho é acima ou abaixo da tua capacidade de energia, como se fala aqui?

(S2): [...] ele tem que estar satisfeito com a carga que ele tem independente, a medida objetiva não é o mais importante, e sim o que tu tá dizendo, a satisfação com o número de horas que ele que ele trabalha.

(S6): No trabalho se gasta praticamente 8h de trabalho, se tiver uma horário de sono de 8h.

(S8): São 2/3 da vida.

Conforme transcorridos os trechos dos relatos anteriormente citados da discussão grupal, pode-se inferir que a jornada de trabalho define-se como o número de horas em que o trabalhador realiza as suas diferentes tarefas tanto em casa e/ou no local de trabalho, também relacionado com sua capacidade energética de realizar as suas tarefas/atividades. Esse trabalhador pode possuir mais de um trabalho, sendo que, alguns trabalhadores possuem dupla jornada. Além do seu trabalho remunerado (ex: mulheres que conciliam o trabalho doméstico com o profissional, trabalhadores que possuem dois trabalhos em turnos diferentes), podem possuir um trabalho formal e outro informal ou temporário, apresentando sentimentos de satisfação ou não com sua jornada de trabalho.

Por isso se tem observado, nas últimas décadas, uma tendência mundial no aumento da jornada de trabalho (JOHNSON, 2006; KUHN, 2008). A partir disso, o grupo, *National Occupational Research Agenda* (NORA), propõe um modelo para as longas jornadas de trabalho, onde os autores provocam reflexões sobre fatores que as influenciam e os seus potenciais resultados negativos (CARUSO, 2006).

Como resultante das longas jornadas de trabalho, destaca-se a combinação dos fatores sociais, econômicos e individuais. Em seguida, são observados os desfechos negativos imediatos ou a médio e longo prazo, com a ocorrência de uma redução do tempo de sono, sintomas de fadiga, de estresse, dor e vários tipos de disfunções, vinculados ao trabalhador (como incapacidade precoce para o trabalho), na família (como interferência na qualidade da relação e do cuidado), do empregador (como custos com doenças e acidentes) e da comunidade (como os acidentes e os erros no trabalho) (CARUSO, 2006).

Como foi destacado nos discursos de (S5-S7-S8,) durante a discussão grupal, há profissionais com reconhecidas longas jornadas de trabalho, com plantões de 12 horas, seguidos por 36 ou 60 horas de descanso (BORGES, 2003; PORTELA, 2004). Esse fator lhes permite que se dediquem a mais de uma atividade produtiva, levando-os à exaustão e fadiga, causando muitas vezes prejuízo ao empregador e também para quem recebe o serviço (LUDSTROM, 2002; JOHNSON, 2006).

No transcorrer da discussão, destaca-se o discurso de (S5), quando aponta a terceira jornada de trabalho, para tanto o estudo de Caruso (2006), ressalta que a análise das jornadas de trabalho não devem ser restritas ao trabalho profissional, mas incluir o trabalho realizado no âmbito doméstico (WALTERS, 1996; LENNON, 2002, WINWOOD, 2006; ROTENBERG, 2008).

Silva e Rotenberg (2011), corroboram com o que tange às necessidades e responsabilidades do trabalhador nos aspectos relacionados às longas jornadas de trabalho. Contudo para o profissional, que é o único responsável pela renda familiar e o único a suprir as necessidades financeiras da família, isso pode implicar em ter que se submeter à dupla jornada de trabalho. Desta forma, resultando em demandas excessivas, exposições prolongadas a ambientes adversos em um ou mais local de trabalho, além dos possíveis problemas de saúde. Outro fator de exposição a longas jornadas profissionais também pode ser explicado pela possibilidade de maiores salários (CARUSO, 2006).

O estudo de Portela (2005), demonstra que a dedicação excessiva às atividades profissionais interfere negativamente no tempo disponibilizado à família, ao descanso e ao lazer. Ainda, nesse estudo, as mulheres apresentaram jornada doméstica superior à dos homens porque na maioria das vezes não contam com o auxílio de empregada doméstica.

Durante a discussão, (S2) destaca a satisfação. (GOMES et al, 2010), relatam em seu estudo, o motivo de satisfação no trabalho identificado com a satisfação da “profissão em si”, que está intimamente ligada ao significado da satisfação relatada pelo profissional.

O registro de modelos teóricos, a partir da década de 1970, capaz de registrar e compreender um sentimento crônico atestado pelos trabalhadores, que é caracterizado pelo desânimo, pela apatia e despersonalização, conhecido como síndrome de Burnout, o qual atinge especialmente os trabalhadores encarregados do cuidar, ato que exige tensão emocional constante, atenção permanente, envolvimento afetivo e grande responsabilidade por parte do trabalhador (DEJOURS, 1992).

A dupla carga de trabalho, também destacada pelos discursos de (S5-S7), que envolve o trabalho pago e o trabalho doméstico, apresenta um conflito de papéis que podem afetar negativamente a saúde física, mental e o bem-estar,

por outro lado o emprego e a responsabilidade sobre os negócios da família podem ser uma fonte de satisfação que melhora a autoestima das mulheres adentrando ao que foi comentado por (S2) (KAWACHI, 1999).

Griffin (2002), enfatiza que, mediadas pelo trabalho profissional e doméstico, existem as vantagens e as desvantagens para o estado de saúde do indivíduo. Para as mulheres, o trabalho em tempo integral e a responsabilidade de criar os filhos seria a fronteira para um estado de saúde integral. Além disso, Santana (2001) menciona diferenças culturais, como os valores atribuídos ao trabalho e a vida familiar que desempenham relação entre o estresse mental e carga de trabalho em países latino-americanos.

O termo “workaholic”, que designa a pessoa que trabalha muito, com características semelhantes às da dependência, como um viciado e o termo “worklover”, que refere aquele trabalhador que, simplesmente, gosta muito do trabalho e que não o usa como uma válvula de escape, podem definir o nível de satisfação com o que os trabalhadores executam suas atividades ou tarefas (CODD, 2008).

II.III RISCOS / INFORMAÇÕES DO TRABALHO:

Os fatores de risco interagem entre si e devem ser sempre analisados de forma integrada. Envolvem aspectos biomecânicos, cognitivos, sensoriais, afetivos e de organização do trabalho (BRANDÃO et al, 2005) e podem ser relacionados com:

O posto de trabalho cujas dimensões não causam distúrbios musculoesqueléticos por si próprios, mas podem forçar o trabalhador a adotar posturas, a suportar certas cargas e a se comportar de forma a causar ou agravar as afecções musculoesqueléticas;

A exposição a vibrações, que no corpo inteiro, ou apenas no membro superior, pode causar efeitos vasculares, musculares e neurológicos;

A exposição ao frio que pode ter efeito direto sobre o tecido exposto e indireto pelo uso de equipamentos de proteção individual contra baixas temperaturas;

A exposição a ruído elevado, o qual, entre outros efeitos, pode produzir mudanças de comportamento;

A pressão mecânica localizada provocada pelo contato físico de cantos retos ou pontiagudos de objetos, ferramentas e móveis com tecidos moles de segmentos anatômicos e trajetos nervosos ocasionam compressões de estruturas moles do sistema musculoesquelético;

As posturas que podem causar afecções musculoesqueléticas e são definidas por três características, que podem estar presentes simultaneamente: posturas extremas, que podem forçar os limites da amplitude das articulações; a força da gravidade, que impõe aumento de carga sobre os músculos e outros tecidos; posturas que modificam a geometria musculoesquelética e podem gerar estresse sobre tendões, músculos e outros tecidos e/ou reduzir a tolerância dos tecidos;

A carga mecânica musculoesquelética pode ser entendida como a carga mecânica exercida sobre seus tecidos e inclui: a tensão, a pressão, a fricção, a irritação;

A carga estática que está presente quando um membro é mantido numa posição que vai contra a gravidade;

A invariabilidade da tarefa que implica monotonia fisiológica e/ ou psicológica;

As exigências cognitivas que podem ter um papel no surgimento das lesões e dos distúrbios, por causar o aumento da tensão muscular, causando uma reação mais generalizada de estresse;

Os fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho que são as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho (KUORINKA E FOICER, 1995; BRASIL, 2001; HORTA et al, 2005).

Portanto o tema riscos/informações do trabalho também foi referido como necessário para constituir a ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatados do grupo de experts, a partir da discussão a seguir.

(S7): quais os riscos ocupacionais, [...] de repente tu pega um risco químico importante, eu acho que clima, poluição, barulho, atrativos, [...] os riscos físicos, químicos, biológicos,

(S3): Eu acho [...] quão estão disponíveis para você as informações sobre riscos referentes ao seu trabalho?

Os trechos dos relatos anteriores inferem que os riscos/informações do trabalho são definidos pelas informações que o trabalhador recebe em relação aos fatores de risco a que está exposto, tais como: físicos (ruídos, vibrações, radiações, frio, calor, pressões anormais, umidade), químicos (poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases, vapores, substâncias, compostos ou produtos químicos), biológicos (vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas, bacilos), climáticos (frio, calor, umidade), de poluição (poeira, névoa, gases), de barulho (ruídos, sons) e atrativos diversos (Ex: praia, pessoas), seguindo as especificações de cada profissão.

Portanto, conforme salienta (S7), durante a discussão, pode-se observar, em relação aos riscos físicos, os estudos relacionados à voz dos professores, em que os fatores relacionados ao trabalho ocasionam, entre outros distúrbios, a alteração da voz e esses distúrbios são ocasionados, muitas vezes, por aspectos do ambiente como: altos níveis de ruído, desconforto, choque térmico, ventilação inadequada, exposição a produtos químicos irritativos de vias aéreas superiores, como solventes e presença de poeira e fumaça (DOENÇAS, 2006) a perda auditiva é, também, uma das mais prevalentes doenças ocupacionais no mundo, sendo induzida pelo ruído (PYYKKO, 2000). Cordeiro (2005), realizou um estudo de base populacional em 2004, quando encontraram uma associação entre exposição moderada a ruído ocupacional e acidente do trabalho.

Delcor (2004) e Marchiori (2005), destacam, entre os aspectos organizacionais, a jornada prolongada, a sobrecarga, o acúmulo de atividades ou de funções, demanda vocal excessiva, ausência de pausas e de locais de descanso durante a jornada, a falta de autonomia, o ritmo estressante, o trabalho sob forte pressão e a insatisfação, como sendo os fatores de risco que podem

levar o trabalhador ao adoecimento, absenteísmo e até afastamento definitivo do trabalho.

Em outro estudo, onde foram analisados os riscos biomecânicos de trabalhadores de serraria, os autores demonstraram, através da análise ergonômica, a existência de riscos biomecânicos nas posturas. Esses dados assemelham-se a outros estudos desenvolvidos em marcenarias, que também identificaram riscos biomecânicos em operadores de diferentes máquinas (DE OLIVEIRA et al, 2009). Além disso, foram evidenciadas em outros estudos, as sobrecargas físicas em trabalhadores desses ambientes (FIEDLER, 2002-2003-2008).

Para os riscos de lesões músculo-esqueléticas, um estudo realizado em trabalhadores do setor calçadista Lourinho et al (2011) demonstrou que os funcionários apresentavam posturas inadequadas como abdução do ombro, flexão e rotação do tronco e cabeça, também posturas estáticas em pé por longos períodos. No entanto, a presença de fatores de riscos como posturas inadequadas, realização de força excessiva ou repetitiva, a presença de sobrecarga estática ou dinâmica e com a inadequação do posto de trabalho, são os principais fatores desencadeadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORTs) (DA COSTA, 2010).

Quanto aos riscos químicos, um estudo realizado com agricultores do estado do Mato Grosso do Sul Chisté (2003), demonstrou que o estado é o sétimo maior consumidor de agrotóxico no País, com cerca de 11 mil toneladas de produtos consumidos em 2005. Nesse estado, entre os anos de 1992 a 2002 foram notificadas, por ano, a média de 37 intoxicações com agrotóxicos de uso agrícola a cada 100 mil habitantes da população rural (RECENA, 2006).

Também a exposição a névoas de ácidos inorgânicos fortes, tintas e gases de combustão de gasolina e diesel aparecem como agentes ocupacionais que aumentam o risco para o câncer de laringe em trabalhadores expostos (CANCER, 1992).

O aumento dos sintomas respiratórios, associado à exposição intensa a poeiras orgânicas e minerais do trabalho agrícola, têm sido associado ao aumento de doenças respiratórias, como asma, bronquite crônica, pneumonites por hipersensibilidade (HOPPIN, 2003; MONSO, 2003-2004).

Os fatores biológicos podem ser elucidados pelo estudo de Vieira et al (2011) onde demonstram que a equipe de enfermagem, por estar presente nas instituições de saúde, e diretamente em contato com o paciente, administrando medicamentos, realizando curativos, entre outros procedimentos invasivos, os mantêm em constante risco de acidente com material biológico (CARDOSO, 2010; CAETANO, 2006).

Para o risco climático, a exposição excessiva ao sol pode ser relatada como um dos principais fatores de risco do câncer de pele. Pessoas que vivem em países tropicais, como o Brasil e a Austrália, concentram o maior registro de câncer de pele no mundo (FRIEDMAN E BLAQUIERE, 1999; LOURO, 2002).

Os atrativos são conceituados como o que tem a propriedade de atrair, que concilia afeto (PORTUGUÊS, 2013), conforme citado pelos experts pode apresentar características de risco e devem ser avaliados por distraírem o trabalhador em seu posto, local ou ambiente de trabalho, sendo que isso pode acarretar problemas para a saúde do trabalhador.

Durante a discussão, (S3) destaca a necessidade de ficarem expostas, no ambiente de trabalho, as informações em relação aos riscos que o trabalhador pode sofrer. Para isso as NRs (Normas Reguladoras sobre Saúde e Segurança no Trabalho) apresentam os múltiplos riscos ocupacionais presentes no local ou ambiente de trabalho e afirmam que é obrigação dos empregadores estar atualizados e fornecer materiais, tanto informativos, quanto preventivos.

II.IV CONCENTRAÇÃO NO TRABALHO:

A concentração mental no trabalho é um processo psíquico, que consiste em centrar voluntariamente toda a atenção da mente sobre um objetivo ou atividade que se está fazendo ou pensando em fazer no momento, deixando de lado toda uma série de fatos ou outros objetos que podem ser capazes de interferir com sua realização ou atenção.

Portanto o tema concentração no trabalho, também, foi referido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts descritos a seguir.

(S4): O quanto você consegue se concentrar no seu ambiente de trabalho?

(S7): [...] também, o quanto o trabalhador consegue se concentrar, ou se concentra em virtude de atrativos, ou por causa dos barulhos que tem no trabalho dele.

Conforme os trechos relatados anteriormente, pode-se inferir que a concentração é definida pela capacidade que o trabalhador tem de manter-se concentrado no seu ambiente de trabalho, em relação a atrativos diversos e aos barulhos aos quais esteja exposto.

Como apontado por (S7), durante a discussão, a presença de barulho pode afetar a concentração do trabalhador, para isso é demonstrado que a capacidade de concentração está entre as principais intercorrências que acometem o trabalhador, seguida de zumbidos, distúrbios do sono, alterações emocionais e desajustes da atividade social (WEBER E PÉRICO, 2011).

A exposição ao ruído é um agente de estresse psicossocial que ativa o sistema endócrino e o sistema nervoso autônomo (simpático). Seus efeitos não ocorrem somente diante de níveis de ruído intenso, mas também em ambientes de ruído pouco intenso. Esses fatores se tornam estressores quando há necessidade de maiores níveis de concentração (BABISCH, 2002).

Também podemos apontar que, em determinados horários, a concentração para execução de atividades mostra ser capaz de aumentar a probabilidade de ocorrência de acidentes com manipulação de materiais perfurocortantes. Considera-se que esta concentração se dá em horários próprios de picos de sobrecarga das equipes profissionais, que muitas vezes existe em função da rigidez da rotina do serviço, uma vez que os ruídos excessivos e o estresse por tentar cumprir as metas são os fatores exacerbadores para ocorrência de erros e acidentes no trabalho (GUIMARÃES et al, 2005).

Portanto, um ambiente que não apresente as melhores condições de trabalho pode ocasionar problemas para uma boa concentração e execução das tarefas do trabalhador, demonstrando que ao analisar ergonomicamente os ambientes de trabalho das fábricas, a maioria dos trabalhadores sentiam-se estressados e a causa do estresse relatado não se vinculava apenas ao esforço físico, mas também à sobrecarga mental e a outros fatores observados, como as precárias condições de higiene, baixa remuneração, ausência de EPI's e realização de atividades que exigem concentração e atenção constante dos trabalhadores (BAHIA et al, 2007), adentrando a discussão do grupo, conforme salientado no discurso de (S4).

II.V PROBLEMAS DO TRABALHO:

Segundo o WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2000), são características de problemas no trabalho: o baixo salário, baixo *status*, carreira incerta, insegurança no emprego e pouco valor social no trabalho.

Para tanto o tema problemas do trabalho, também foi referido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos vistos a seguir.

(S1): O seu trabalho lhe deixa deprimido?

(S7): [...] não deprimido, mas lhe afeta emocionalmente.

(S9): [...] é o problema que o trabalho causa nos problemas emocionais, e não os problemas emocionais no trabalho.

(S6): [...] que eu não sei o que são os problemas dele no trabalho, então esses problemas no trabalho, eles vão alterar a rotina dele, o desempenho dele, aqui eu vejo mais como os problemas que ele tem no trabalho alterando o desempenho dele, mas eu, lógico, na qualidade

da produção do trabalho, resultado do trabalho, mas o que levou ele a ter problema? Eu acho que isso é que a gente precisa saber, é isso que interfere na qualidade de vida, por que ele tem o problema no trabalho? Ele já tem um problema, mas queremos saber o que é esse problema [...]

Conforme anteriormente relatado na discussão dos participantes, pode-se inferir que os problemas do trabalho referem-se aos problemas causados pelo trabalho e que alteram a rotina, o desempenho sob a função realizada, afetando emocionalmente o trabalhador (Ex: deixando-o mais deprimido).

Dessa forma, constatam-se cada vez mais exigências severas à qualificação necessária para o trabalho, assim como a intensificação do ritmo de trabalho, a diversificação das atividades e a polivalência funcional como atributo de competência, em contrapartida o medo e a apreensão pela demissão a qualquer momento que também é vivenciada pelo trabalhador. No entanto esse novo mundo do trabalho gera decepções sucessivas levando os trabalhadores a transtornos, a uma presente sobrecarga mental, que o contamina em seus aspectos cognitivos e emocionais com consequências psicossociais perversas para as relações interpessoais (SILVA et al, 2009).

Com relação ao fato do trabalho afetar o indivíduo emocionalmente, como relatado por (S1-S7-S9), durante a discussão, no estudo de Kalimo et al (1988), os autores reconhecem a influência dos fatores psicossociais no trabalho e suas relações com a saúde mental, chamam a atenção para a necessidade de que se evidencie a categoria “trabalho” em seus aspectos de percepção das condições de trabalho e das relações interpessoais entre colegas e superiores.

Em relação à alteração do desempenho e da rotina, destacadas por (S6), ao longo da discussão, o trabalho com todas as suas implicações pode acarretar ao trabalhador disfunções e lesões, além de reações psicológicas que desencadeiam processos psicopatológicos relacionados às condições em que o trabalho é desempenhado. Várias são as condições que podem predispor o trabalhador a situações de sofrimento do trabalho e todas apresentam impacto na

sua saúde física e mental, dentre elas, os fatores relacionados ao ritmo e ao tempo de trabalho, as jornadas longas com poucas pausas, os turnos de trabalho noturno, as pressões de chefias por maior produtividade, dentre outras (SILVA DE SOUZA et al, 2009).

A carga psíquica do trabalho, salientada por (S9), é uma dimensão a ser considerada, pois se relaciona diretamente com a motivação do empregado, para tanto, em caso de haver um desequilíbrio nesses fatores, o ambiente de trabalho pode gerar angústia ao trabalhador, aumento da carga psíquica e redução da motivação (SILVA DE SOUZA et al, 2009).

Fiorelli (2001), aponta que é preciso haver um equilíbrio entre a capacidade física de produção e a quantidade exigida pela organização, sendo que se ocorrer um desequilíbrio, poderá gerar ansiedade no profissional que não conseguir atingir sua meta.

(S6) destaca, ao longo da discussão, que um fato importante é o de buscar saber qual é o problema relacionado ao trabalho que afeta o indivíduo, para isso vários aspectos psicossociais e organizacionais do trabalho são associados com uma variedade de efeitos adversos à saúde dos trabalhadores, tais como: problemas cardiovasculares, transtornos mentais, lesões musculoesqueléticas e fadiga. O estresse laboral é um fenômeno subjetivo que produz uma série de consequências onerosas e debilitantes, as quais afetam tanto os trabalhadores quanto as organizações (DE MEDEIROS et al, 2012).

Ao avaliar a influência do traço de ansiedade sobre a percepção da fadiga e do estresse percebido nos trabalhadores de uma indústria de calçados na Paraíba, os autores esperavam que a carga de trabalho físico, a ausência de controle e a grande demanda de trabalho aos quais os trabalhadores do setor de produção estão expostos, especialmente as mulheres, fariam com que apresentassem escores significativamente superiores de ansiedade, fadiga e estresse percebido e laboral em relação aos trabalhadores que atuam no setor administrativo. Contudo, a ocorrência de altos escores para o traço de ansiedade foi correlacionado com a fadiga e estresse percebido, independentemente do sexo ou do setor de trabalho dos sujeitos (DE MEDEIROS et al, 2012).

Morin (2004), descreve que dentro da significância do trabalho, estão o valor que o sujeito atribui ao trabalho, as suas representações e a importância

que o mesmo tem para si próprio. As condições adversas no trabalho tendem a gerar sobrecargas no aparelho psíquico e físico.

Para Cruz e Tamayo (2004), a análise do trabalho é uma análise das consequências da atividade do trabalhador e são considerados ônus de atividades listadas, comumente, como "carga de trabalho", sendo que vários autores descrevem como risco, à saúde mental, o trabalho dos catadores de materiais recicláveis, no qual diversas situações geram efeitos psicológicos ao trabalhador (reação ao agente estressor), que pode se manifestar de diversas formas, seja em comportamentos ou através de alterações psicológicas ou fisiológicas.

As condições laborais provocam estresse e geram estímulos negativos sobre a saúde mental e física dos trabalhadores, tornando-se importante fator de risco. Esse estresse gerado em decorrência de inadequações no processo de trabalho pode ser provocado por fatores intrínsecos, como falhas na organização ambiental, nas condições para desenvolvimento de ações, nos turnos de trabalho, na remuneração, no uso de tecnologias e na quantidade de trabalho (STACCIARIN E TRÓCCOLI, 2001).

I.VI QUALIDADE DO AMBIENTE DE TRABALHO / CONDIÇÕES DE TRABALHO

Definem-se qualidade do trabalho/ condições de trabalho como o conjunto de fatores que determinam o comportamento do trabalhador, caracterizando uma situação de trabalho onde se permite ou impede a atividade dos trabalhadores. Deste modo, distinguem-se as condições físicas, que possuem características dos instrumentos, máquinas, ambiente do posto de trabalho (ruído, calor, poeiras, perigos diversos); as condições temporais, que, em especial, são os horários de trabalho; as condições de organização, que são os procedimentos prescritos e ritmos impostos (MONTMOLLIN, 1990).

O tema qualidade do ambiente de trabalho/ condições de trabalho, também foi referido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts vistos a seguir.

(S6): *Ele interfere, ele o trabalho tá te interferindo muito na qualidade de vida [...],*

(S5): *Agora teu trabalho pode ter consequências que te façam virar uma pessoa ansiosa, deprimida.*

Conforme os trechos dos relatos anteriores, pode-se inferir que a dimensão qualidade do ambiente de trabalho/ condições de trabalho referem-se ao quanto o trabalho prestado/realizado interfere na qualidade de vida do trabalhador e o torna uma pessoa ansiosa e deprimida.

Levando em consideração o relato de (S5), durante a discussão, o trabalho é uma atividade na qual os aspectos físicos e psíquicos estão diretamente combinados, podendo tanto desempenhar equilíbrio, desenvolvimento e satisfação, quanto causar tensão, desajuste e o consequente adoecimento do trabalhador.

Esses fatores se dão devido à alta demanda de trabalho, ameaçando e pressionando o trabalhador por meio de diversos quadros, como maior insegurança no emprego, dificuldade nas relações interpessoais, assédio moral, problemas emocionais, moral baixo, diminuição da motivação e da lealdade, todos esses são considerados fatores estressores do ambiente de trabalho. Assim os trabalhadores apresentam um repertório de enfrentamento deficitário, dando origem ao estresse ocupacional e à depressão, entre outros acometimentos (COOPER E ROSSI, 2007).

A análise da teoria de ajuste pessoa-ambiente, de Howard e Cordes (2010), ressalta que os mecanismos emocionais, em que a injustiça é percebida, no ambiente organizacional, são manifestados sob a forma de fuga do trabalho devido a uma Síndrome de sofrimento emocional e exaustão emocional.

O estudo de Perez et al (2011), avaliou, o cotidiano dos trabalhadores de um banco após terem gozado de licença médica devido a transtornos mentais e comportamentais, tanto no seu aspecto laboral, quanto pessoal. Os autores observaram que os participantes da pesquisa relataram vários fatores de risco no

seu ambiente de trabalho, que interferiram na sua saúde física, mental e na sua qualidade de vida, como: o excesso de trabalho, poucos funcionários, a pressão das chefias e clientes, horas extras frequentes, ausência de pausas de trabalho, tarefas repetitivas, competição entre os colegas, ambiente estressante, falta de perspectiva de ascensão e falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido. Esses aspectos vão de encontro com o que foi relatado por (S6), durante a discussão, quando aponta a interferência das atividades de trabalho na qualidade de vida do trabalhador. Para os entrevistados, esses fatores foram os motivos que os levaram ao quadro do transtorno e conseqüentemente ao afastamento de suas atividades laborais.

Ao passo que a transformação do ambiente de trabalho num local sadio pode proporcionar maior satisfação na execução das atividades profissionais, a percepção do profissional com seu meio de trabalho lhe permite a possibilidade de compreensão e valorização da sua qualidade de vida, também da valorização de sua unidade de trabalho e como ele a considera com relação à sociedade, participando na administração e nas mudanças administrativas que modificam o seu trabalho, além de sua valorização financeira, transformando o ambiente de maneira a atrair e fixar aqueles que trabalham, melhorando a satisfação e os resultados (DA SILVA et al, 2011).

Da mesma forma, os postos de trabalho inadequados aumentam os riscos de acidentes e doenças ocupacionais. As condições disponibilizadas para a execução das tarefas aumentam o risco e a incidência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), quando não proporcionam uma variabilidade postural moderada, em conformidade com as características psicofisiológicas e antropométricas de cada trabalhador e quando restringem ou impedem a liberdade de escolha de postura para cada situação, induzindo a uma solicitação intensiva de alguns segmentos corporais e respectivas musculaturas, alterando sua saúde física, mental e interferindo na sua qualidade de vida (FERREIRA, 2008).

III. DOMINIO PSICOLÓGICO

III.I SATISFAÇÃO/PRAZER:

A satisfação e o prazer no trabalho são definidos como um conjunto de sentimentos favoráveis ou desfavoráveis com os quais o empregado vê o seu trabalho. A satisfação no trabalho refere-se, tipicamente, às atitudes individuais do empregado, mas que também pode se referir ao nível geral de atividades dentro de um grupo (OLIVEIRA, 2000).

O tema satisfação/prazer foi definido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos descritos pelos experts, no decorrer da discussão, como pode ser visto a seguir.

*(S8): Como é que você avalia qualidade de vida em relação a seu trabalho?[...] Eu colocaria – prazeroso; valorizado [...], pra saber tipo – como é que eu me sinto trabalhando
[...] Em termo de satisfação.
[...] se está satisfeito no trabalho com o salário que ganha.*

Conforme os trechos descritos anteriormente, pode-se inferir que a satisfação/prazer define-se pelo sentimento de prazer, valorização e satisfação profissional que o trabalhador tem em relação às atividades que realiza e com a relação à remuneração recebida.

Dessa forma, em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos revela-se a importância da satisfação com o trabalho para a satisfação com a vida, sendo que fornece subsídios para afirmar que as atitudes gerais das pessoas em relação à vida e ao seu trabalho estão intimamente ligadas (MACHADO, 2002).

Oliveira (2004) demonstra, em seu estudo, que o trabalho é de grande importância para a vida de cada indivíduo e quanto este é aliado à satisfação pessoal e leva em consideração a atitude geral de uma pessoa em relação ao

trabalho que realiza. A satisfação no trabalho é definida como um sentimento agradável, resultante da percepção ou da realização de valores do indivíduo, inerentes à realização do seu próprio trabalho. Sendo que o trabalho constitui elemento fundamental para a existência humana, permitindo ao homem características específicas que abrem espaço para a capacidade de criação e produção, bem como a inserção do trabalhador em um contexto social em função da sua atividade.

A teoria Dejouriana aborda os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade do trabalho, voltada para o interesse das vivências subjetivas dos trabalhadores e seu processo de prazer-sofrimento (DEJOURS, 1994). Dejours também considera que o prazer do trabalhador resulta de manifestações de realização, satisfação que permitem ao trabalhador se voltar para atividades que visem o aumento do bem-estar e da sua qualidade de vida (DEJOURS, 1994; ABRAHÃO, 2004).

Portanto o trabalhador reage de forma diferente frente às dificuldades das situações de trabalho, dependendo de sua história de vida. No entanto, encontra-se construída uma via onde o trabalhador busca prazer no trabalho para fugir do desprazer (DEJOURS, 1994) .

Autores como Tróccoli et al (2004); Batista et al (2005) e Rangel (1994), demonstram que muitos dos ingredientes essenciais de satisfação, saúde e bem-estar na vida estão intrinsecamente vinculados com o trabalho e com a profissão, considerados uma fonte de satisfação, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência.

Como resultante do trabalho, a compensação financeira permite ao sujeito atender às suas necessidades básicas (TROCOLLI, 2004; BATISTA, 2005).

Algumas fontes de prazer também são citadas por Pagés (1987), como: o salário, a carreira, viagens, contatos e o prazer de identificar-se com o poder da organização.

Ferreira e Mendes (2001), relatam que as vivências de prazer são provenientes da satisfação dos desejos e das necessidades do corpo e da mente, e descrevem-nas como: as relações com as pessoas, as relações sociais do trabalho, a produção de bens e serviços, a avaliação consciente de que algo vai

bem, a gratificação do reconhecimento, a valorização no trabalho, a identidade e a expressão individual.

***Dejours (1994) "... o prazer do
trabalhador resulta da descarga de energia
psíquica que a tarefa autoriza o que
corresponde a uma diminuição da carga
psíquica do trabalho"***

III.II RESPEITO:

O respeito é um conceito relativo das pessoas, que está diretamente relacionado aos valores pessoais de cada um, os quais são aprendidos na família, na escola, ou na sociedade. O respeito adotado por cada um influencia diretamente nos relacionamentos consigo próprio e com o mundo à sua volta.

Portanto, o tema respeito também foi definido como necessário para constar na ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo as considerações relatadas pelo grupo de experts como podemos ver a seguir.

(S2): [...] o ambiente de trabalho pode assim, levar em conta que eu to doente, por exemplo e, não me cobrar coisas que, quando eu não to doente eu consigo. [...] Respeito pra minha condição de doente ou não, [...] ninguém ta nem aí se eu to doente ou não..., tá,

Conforme o relato, a partir da discussão grupal, pode-se inferir que a dimensão respeito define-se como o sentimento de ser respeitado no ambiente de trabalho. E também o fato de o trabalhador ser respeitado na condição de estar doente e não estar em plena condição de realizar as suas atividades.

Paschoal e Tamayo (2008), realizaram um estudo com profissionais de um hospital e relataram que o reconhecimento dos efeitos do trabalho no

processo de saúde-doença dos trabalhadores acarreta implicações éticas, técnicas e legais e que afetam tanto a organização quanto qualidade da prestação dos serviços. Além disso, os danos causados à saúde dos profissionais acarretam custos econômicos de tratamento e abandono dos postos de trabalho pelos trabalhadores, também a diminuição do desempenho e produtividade, destacando-se as condições dos efeitos negativos para a organização.

A ausência do trabalhador do seu posto de trabalho devido à doença é um processo chamado de absenteísmo, que gera desconfiança e implica em um fardo para aqueles que continuam no trabalho, resultando na necessidade de realizar atividades referentes aos trabalhadores ausentes. Sendo assim, esse processo pode levar ao aparecimento de novos problemas de saúde e a possibilidade de futuras ausências dos demais trabalhadores e ao fato de ocorrer desrespeito por parte dos colegas (PRIMO, 2007).

Durante a discussão, (S2) faz referência sobre a questão do *respeito ao trabalhador, uma vez que ele possa não estar em plena condição de executar suas atividades*. Seguindo esse contexto, em oposição ao absenteísmo, nos depara-se com o presenteísmo, que é a condição em que as pessoas frequentam o ambiente de trabalho, mas sem as devidas condições físicas e mentais para desempenhar suas funções produtivas (LARANJEIRA, 2009). A partir da instalação do evento, o trabalhador não apresenta as suas melhores condições de trabalho, levando a uma sobrecarga os demais funcionários, o que gera, muitas vezes, situações de desconfiança sobre o trabalhador doente, considerando-o como uma pessoa que exacerba seus sintomas e que não está disposto a realizar as suas tarefas laborais (UMANN et al, 2012).

Dejours (1992) referem-se à concepção dos laços afetivos que são estabelecidos com o trabalho, caracterizando aspectos gratificantes de reconhecimento, bem-estar e prazer.

De outro modo, quando o trabalhador é subjugado resulta em sofrimento, podendo levar à desafetação do trabalhador pelo trabalho. Contudo, um ambiente de trabalho cordial, respeitador traz benefícios para o trabalhador, sendo que a dimensão organizacional das relações de trabalho são os laços humanos criados pelos trabalhadores, relacionando-se com as chefias, com a supervisão, com os

outros trabalhadores, fortalecendo a saúde mental dos mesmos (DEJOURS, 1992).

III.III ESGOTAMENTO:

A exaustão emocional engloba três dimensões clássicas do conceito de esgotamento profissional (*burnout*), ou seja, exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (PASCHOAL E TAMAYO, 2008).

Para o grupo de experts o tema esgotamento é necessário para compor a ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, conforme seguem os discursos.

(S7): [...] Esgotado, cansado.

(S9): Existe uma diferença [...].

(S1): Diferente de cansado e esgotado.

*(S1): [...] o quanto esse trabalho lhe esgota?
[...] Em questão de ânimo.*

Conforme os trechos dos relatos anteriores, pode-se inferir que o esgotamento é definido pelo quanto o trabalho deixa o trabalhador exausto emocionalmente (ex: abatido, deprimido e sem disposição).

A sobrecarga de trabalho e as altas exigências impostas ao trabalhador, a pouca valorização do trabalho e o intenso envolvimento emocional são fatores que se caracterizam pelo conjunto de exaustão física e psíquica (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Durante a discussão, os participantes levantaram a dúvida quanto ao termo esgotado (S7-S9-S1), como esclarecedor para o tema, o Burnout é uma condição caracterizada por três fatores: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da sensação de realização pessoal. As consequências são tanto para a vida pessoal quanto para a profissional. As consequências pessoais incluem: depressão, separações, abuso de drogas e dependência química; as

consequências profissionais incluem: aumento do risco a erros, a hostilidade individual para com os outros e colegas, e julgamento pobre em decisões profissionais. Em um estudo conduzido pelo American College of Surgeons (ACS) sobre o Burnout, foi demonstrado que a exaustão emocional era um dos principais assuntos publicado no *Annals of Surgery* em 2009 (SHANAFELT, 2009).

Também foi discutida a questão de esgotamento pelo trabalho, conforme destacado por (S1), para tanto, Saleh (2009), no estudo de levantamento de corte transversal de cirurgiões ortopédicos e diretores de programas, encontraram, em 38% dos participantes, os relatos de alta exaustão emocional e este achado é correlacionado com a falta de equilíbrio entre a vida profissional e pessoal.

Sargent (2009), realizaram um estudo com residentes de ortopedia e membros do corpo docente em tempo integral, onde encontraram, em 56% dos residentes e em 28% dos docentes, altos níveis de Burnout. Trinta por cento dos residentes e 17% dos professores estavam extremamente insatisfeitos com equilíbrio entre o trabalho e a vida.

Na enfermagem, o Burnout tem se mostrado como um fator positivo quando associado à intenção de sair do trabalho (JORDAIN E CHENEVERT, 2010) e negativo com a qualidade do atendimento ao paciente (AIKEN, 2002).

III.IV PROBLEMA EMOCIONAL:

Os problemas emocionais são uma experiência subjetiva, associada ao temperamento, personalidade e motivação. Não existindo uma taxonomia ou teoria para os problemas emocionais que sejam gerais ou de forma universal. No entanto, existe uma distinção entre os problemas emocionais e os resultados, principalmente dos comportamentos gerados e as expressões emocionais. As pessoas, frequentemente, se comportam de certo modo como um resultado direto de seus estados emocionais, como chorando, lutando ou fugindo. Ainda assim, podem ter a emoção sem o correspondente comportamento, portanto pode-se considerar que a emoção não é apenas o comportamento e muito menos que o comportamento não é a parte essencial da emoção.

O tema problema emocional, também foi referido como necessário para compor a ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts vistos a seguir.

(S5): [...] teve algum problema emocional, que teve alguma interferência no seu trabalho, diminuindo a quantidade de trabalho, realizou menos tarefas, bota direto que é emocional, [...]

(S6): ou o problema emocional foi causado pelo trabalho? (S1): Aí é uma via de mão dupla. Tanto o problema emocional que influi no trabalho, quanto o trabalho que acaba causando [...]

(S5): [...] tu quer saber se os problemas emocionais tão influenciando, se os problemas emocionais dificultam a trabalhar o numero de horas exigidas, se os problemas emocionais dificultam começar facilmente seu trabalho no inicio do dia; você tem algum problema emocional que dificulte executar suas horas de trabalho;

(S7): e se tu queres que esse problema seja só o emocional da pessoa, colocar sempre da mesma forma.

Conforme os trechos dos relatos anteriores, pode-se inferir que o tema problema emocional é definido como um problema próprio da pessoa, que causa interferência no trabalho realizado (ex: um trabalhador que tem dificuldade de iniciar suas atividades no inicio do dia, ou que tem dificuldade de trabalhar o número de horas exigidas). Podendo também ser uma via de mão dupla, onde o trabalho influir, ou ser o causador do problema emocional, enquanto que o problema emocional pode influenciar diretamente no trabalho.

Durante a discussão (S5), argumenta sobre a interferência dos problemas emocionais na quantidade de trabalho realizado, também o quanto esse problema influi e dificulta na execução das atividades realizadas, contudo observamos no trabalhador a exaustão emocional que é caracterizada pela falta de energia e entusiasmo, por sensação de esgotamento de recursos ao qual pode somar-se o sentimento de frustração e tensão nos trabalhadores, por perceberem que já não têm condições de despender mais energia para execução de suas tarefas. A redução da realização profissional é caracterizada por uma tendência do trabalhador a autoavaliar-se de forma negativa, tornando-o infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, com conseqüente declínio no seu sentimento de competência e êxito, bem como de sua capacidade produtiva e de interagir com os demais colegas trabalhadores (SPRANG et al, 2011).

Dentre os profissionais mais suscetíveis aos problemas da saúde mental, estão os profissionais que dedicam a maior parte do seu tempo ao trabalho, ou auxílio de indivíduos que necessitam de sua ajuda, como as enfermeiras, os professores, as assistentes sociais, entre outras profissões, tornando-se fatores de alerta pelo aumento de sua prevalência e por possuir altos custos sociais (BABA, 1999).

Portanto o trabalho pode ser o causador do problema emocional, como relatado por (S6), durante a discussão, onde os fatores estressores e específicos do trabalho, tais como o clima negativo, papéis ambíguos e a falta de clareza nas tarefas executadas, surtem efeitos adversos na saúde dos profissionais. O conflito de interesse e a sobrecarga também contribuem para o desequilíbrio e o estresse não resolvido leva à deterioração da saúde mental, manifestada por depressão e pela síndrome de *Burnout* (BABA, 1999).

Ruggiero et al (2003), apontam o trabalho noturno como sendo um fator de risco para o desenvolvimento de *depressão*.

No ano de 2002, foi realizado um estudo em 23 unidades de saúde do Estado de Minas Gerais, onde foram identificados os transtornos mentais e comportamentais nos trabalhadores de enfermagem. No total de 692 trabalhadores tiveram diagnósticos relacionados a transtornos mentais e comportamentais, também foram constatados que 40,8% dos diagnósticos foram vinculados a patologias legalmente consideradas como doenças do trabalho,

entre as quais se destacaram os episódios depressivos (MUROFUSE E MARZIALE, 2005).

Manetti e Marziale (2007) realizaram uma revisão sistemática para identificar os fatores associados à ocorrência de depressão nos trabalhadores de enfermagem, dentre os fatores foram destacados os internos ao ambiente de trabalho e aos fatores externos. Dentre os fatores internos são citados os problemas de relacionamento, a sobrecarga no trabalho e a insegurança. Para os fatores externos são citados a renda familiar, e gênero feminino como causas de depressão.

Franco (2005) (Franco, 2005) avaliou a qualidade de vida e a prevalência de sintomas depressivos em residentes de equipes de saúde, quando foram observados que os aspectos emocionais, a saúde mental e a vitalidade eram as dimensões mais comprometidas do estado geral de saúde destes indivíduos, e que os residentes apresentavam um maior risco para depressão.

Identificou-se também que a depressão está diretamente correlacionada com a exaustão emocional e negativamente com o senso de coerência. Esses achados confirmam que essa vulnerabilidade associa à depressão ao *burnout* (TSELEBIS, 2001).

Para a dificuldade de iniciar e manter a jornada de trabalho, como apontado por (S5), ao longo da discussão, pode-se citar o estudo de intervenção realizado em 101 voluntários onde foram avaliados os efeitos da goma de mascar sobre o estresse ocupacional. Os resultados mostraram que a goma de mascar reduziu o estresse, tanto dentro do ambiente de trabalho quanto fora dele, também reduziu a ansiedade, a fadiga e a depressão levando a um estado de espírito mais positivo. A goma de mascar também foi associada com a percepção de um melhor desempenho tanto no ambiente de trabalho quanto fora (SMITH, 2012).

Já no estudo de Kleppa et al (2008), foi demonstrado que as horas extras dos trabalhadores de ambos os sexos tinham sido correlacionados, diretamente, com níveis de ansiedade e depressão mais altos quando comparados com as horas de trabalho normais. Os resultados do estudo sugerem uma relação dose-resposta entre horas de trabalho e de ansiedade ou depressão.

III.V PROBLEMAS PESSOAIS:

O tema problemas pessoais, também foi referido como necessário para avaliar a qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts, a seguir.

(S6): tá, agora trazer um problema externo pro trabalho, você vai comprometer o que? Vai comprometer a qualidade do trabalho, não a de vida

(S5): É se tu é uma pessoa deprimida, tu já é uma pessoa deprimida, não é o teu trabalho que te fez ficar deprimida.

(S6): Na realidade, os problemas dele eu não sei, os problemas dele pra mim me parecem que interferem na qualidade de vida,

Conforme os trechos dos relatos anteriormente citados, pode-se inferir que problemas pessoais são definidos como os problemas da pessoa, que perturbam a realização das atividades relacionadas ao trabalho (EX: o não cumprimento de tarefas) e o quanto isso altera a sua qualidade de vida.

Como relatado por (S6-S5), durante a discussão, não é uma tarefa fácil separar os aspectos essencialmente pessoais, família, amigos, saúde, finanças, estudo e sentimentos, enquanto vivencia as tarefas profissionais. No caso do Brasil, a origem latina é um fator a ser considerado, visto que há dificuldade em separar razão de emoção. Assim, os problemas afetivos externos à empresa ou mesmo surgidos no local de trabalho podem afetar a produtividade, ou as tarefas relacionadas ao trabalho (SUCESSO, 2013).

Quando há preocupações com contas vencidas, parentes enfermos ou desilusões amorosas ocorre uma interferência negativa na produtividade, na atenção e no interesse pela atividade laborativa, dificultando o entusiasmo e o afinco às atividades realizadas interferindo de forma negativa na rotina, nos processos e nos resultados (SUCESSO, 2013).

No entanto, os comportamentos variam de pessoa para pessoa, cada um tem um tipo de reação, onde geralmente apresentam quedas no desempenho (qualidade e produtividade), alterações de humor, isolamento, baixa atenção, e fácil dispersão quando estão realizando alguma atividade (SUCESSO, 2013).

III.VI APARÊNCIA FÍSICA/ IMAGEM CORPORAL:

Schilder (1999) considera a imagem corporal como um fenômeno multifacetado, analisando não apenas no contexto orgânico, mas também na psicanálise e na sociologia. Definindo a imagem corporal como uma construção cognitiva, de reflexão dos desejos, atitudes emocionais e interação com os outros.

Trata-se de um conceito amplo, que envolve múltiplos aspectos os quais se encaixam em uma definição de satisfação, já que imagem corporal abrange os processos fisiológicos, psicológicos e sociais, num intercâmbio contínuo entre si. Sendo uma experiência verdadeiramente unilateral, que busca a diversidade de seus aspectos e emaranha-se às imagens alheias, transformando as relações externas com o mundo e também sendo transformada por elas. Apresentando-se como parte consistente do interior mostrando-se ao mundo, simbolizando todo o ser, apesar de nunca ser completa e, esconder mistérios numa dimensão paradoxal (BARROS, 2005).

A imagem corporal (IC) é um construto multidimensional e dinâmico, formada pelas imagens ou representações mentais do corpo que se apresentam ao indivíduo no contexto de sua vida, englobando todas as formas as quais uma pessoa vivencia e conceitua seu próprio corpo (TAVARES, 2003). Dois aspectos específicos podem ser distinguidos: a exatidão da estimativa do tamanho corporal e os sentimentos em relação ao corpo e porções do mesmo, como a insatisfação corporal ou desvalorização da forma física (CORDÁS, 1994).

O processo de formação da imagem corporal pode ser influenciado pelo sexo, idade, meios de comunicação e pela relação do corpo com os processos cognitivos como crenças, valores e atitudes nos quais estão inseridos em uma cultura (BLOWERS, 2003).

Para tanto a aparência física/imagem corporal, também foi referida como necessária para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, conforme a discussão a seguir.

(S1): Aparência física pro trabalho é importante, pra qualidade de vida no trabalho? Depende do trabalho né, uma pessoa que depende da aparência física pra trabalhar.

(S3): E a gente tá querendo saber, essa pergunta nos remete a que, por que se eu quero saber se esse indivíduo tem algum sentimento negativo a sua aparência física, [...], a sua aparência física lhe traz algum sentimento de menos valia?

(S3): essa questão é exatamente entender, o quanto ela sente que a sua aparência física traz algum transtorno pra ela, não para os outros, pra ela, dessa forma.

Os relatos anteriores inferem que a aparência física/imagem corporal é definida como a importância dos sentimentos do trabalhador em relação a sua aparência/imagem, trazendo para ele(a) sentimentos positivos e negativos frente às atividades executadas.

O início da história da imagem corporal se deu no século XVI, na França, com o médico e cirurgião Ambroise Paré, que percebeu a existência do membro fantasma, este fenômeno então era caracterizado pela alucinação de que um membro ausente estaria presente. Três séculos depois, Weir Mitchell, da Filadélfia (EUA), demonstrou que a imagem corporal pode ser mudada sob tratamento ou em condições experimentais (GORMAN, 1965). Mas foi na escola britânica que os estudos sobre imagem corporal aprofundaram-se, tanto nos aspectos neurológicos quanto nos fisiológicos e psicológicos, o neurologista Henry Head, do London Hospital, foi o primeiro a usar o termo 'esquema corporal' e também o primeiro a construir uma teoria na qual "cada indivíduo constrói um

modelo ou figura de si mesmo que constitui um padrão contra os julgamentos da postura e dos movimentos corporais" (FISHER ET AL, 1990).

Shotz et al (1990), afirma que a organização da imagem corporal não é puramente neurológica nem mental. O autor acredita que as emoções possuem um papel importante no desenvolvimento da imagem corporal e que, na verdade, há uma interação entre os lados fisiológico, neural e emocional, além do fator social.

Schilder (1999) também afirma que possuímos a capacidade de mudar nossa imagem continuamente e que essa multiplicidade de imagens só pode ser conseguida pelas forças emocionais, sendo por meio delas que entendemos a variedade de fantasmas que uma pessoa é capaz de criar em seu próprio corpo.

Unindo os aspectos fisiológicos com as forças emocionais, a imagem vai condensando a vivência em que o homem possui de si mesmo e do mundo. Ao passo que resgata o passado, fundindo-se com o presente e transcendendo para o futuro, ultrapassando as fronteiras do imaginário humano (BARROS, 2001).

Por tanto, as imagens corporais ligam-se por meio de uma proximidade espacial que favorece o contato entre corpos e suas experiências. Isso se deve à incorporação de diversas partes das imagens corporais dos outros e à doação de nossas próprias imagens a eles. Aliado a isso, o fator emocional aparece como peça-chave neste processo, estabelecendo uma relação íntima, trocando imagens corporais com determinada pessoa (SCHILDER, 1999).

A imagem corporal é um fenômeno social, sendo importante ressaltar que, quando percebemos nosso corpo ou partes dele, projetamos essas imagens para outros corpos e, na verdade, fica difícil dizer qual corpo será percebido primeiro: o nosso ou o do outro, pois há um intercâmbio contínuo entre própria imagem e a imagem corporal dos outros (SCHILDER, 1999).

Na discussão, (S1) relata a aparência física/imagem corporal como algo importante do ponto de vista da atividade da pessoa, ao passo que a sucessão de tentativas para buscar uma imagem e corpos ideais, o indivíduo constrói e destrói a sua imagem corporal, sendo que, esse mundo de imagens corporais está repleto de emoções. Jung (1997) relata que as imagens precisam estar cheias de emoções para possuir luminosidade e para ser identificado por tais emoções e assumir as várias consequências que elas acarretam.

Shontz et al (1990), abrangem o conceito de imagem corporal, sendo que se referem às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo e suas experiências, também o fato de ser uma experiência subjetiva e multifacetada. No entanto, as experiências são permeadas por sentimentos sobre o indivíduo, do modo como se percebe e vivenciam os corpos.

As imagens corporais recebem influências sociais por toda a vida, não são fixas ou estáticas, possuindo aspectos que são constantemente modificados e influenciam o processamento de informações, sugestionando o indivíduo a ver o que ele espera ver, a maneira como se sente e pensa em relação ao próprio corpo, sendo influenciado pelo modo de como o mundo influencia o comportamento, particularmente as relações interpessoais (CASH E PRUZINSKY, 1990).

No decorrer da discussão, (S3) diz que se deve buscar entender o quanto essa aparência física/imagem corporal traz ao trabalhador os sentimentos negativos. Um estudo analisou a insatisfação com a imagem corporal em jovens universitários, quando os autores perceberam que a prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi elevada, apresentando associação com o sexo e com o estado nutricional. Os homens apresentaram mais desejo de aumentar as dimensões corporais, e as mulheres, de diminuir. No que diz respeito ao índice de massa corporal, estar com excesso de peso gera insatisfação com a imagem corporal, também é reforçado que em ambos os sexos os indivíduos almejam atingir o padrão de beleza determinado por fatores socioculturais (MARTINS et al, 2012).

Em outro estudo, onde se objetivou identificar o tipo físico ideal e a insatisfação com a imagem corporal de um grupo de praticantes de caminhada, os autores demonstraram que a valorização exacerbada de baixos níveis de gordura corporal expostos na mídia, as opiniões da própria família e a comparação entre os indivíduos que frequentam o mesmo ambiente, levam as pessoas a apresentarem altos níveis de insatisfação com a aparência do corpo e que a insatisfação pode levar, em casos extremos, à adoção de comportamentos autodestrutivos como o abuso nas dietas podendo culminar em bulimia e anorexia nervosa (DAMASCENO et al, 2005).

III.VII RELACIONAMENTO INTERPESSOAL:

De acordo com a Liverpool Jhon Moores University, o relacionamento interpessoal define-se pelo relacionamento e pela habilidade de comunicação com outras pessoas com um trato adequado, com atenção e empatia .

O tema relacionamento interpessoal também foi referido como necessário para avaliar a qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos vistos a seguir.

(S4): Quão satisfeito você está com suas relações pessoais?

(S5): No trabalho com sua chefia, com seus colegas, subordinados se tiver [...]

(S7): Com suas relações no trabalho? Em relação a sua chefia? Seus colegas? Eu acho que os subordinados não se aplica, porque eventualmente tu é um subordinado.

(S7): Como é que são as relações interpessoais,

(S5): Por exemplo, se tu tens uma relação de trabalho que há pessoas estão brigando, tem 2 colegas brigando e elas têm que passar 6h naquele mesmo local, todos acabam sendo afetados por aquela alteração, então, às vezes o trabalho não é ruim, mas a relação interpessoal por algumas características pessoais tá um pouco chamuscada, acaba tornando o clima ruim.

Conforme os trechos anteriormente relatados, pode-se inferir que o relacionamento interpessoal é definido pela satisfação do trabalhador com as relações com os seus colegas, chefia e subordinados. E se há um convívio harmonioso entre a equipe de trabalho.

Contudo, as condições de trabalho avaliadas no serviço de emergência médica estão associadas à ocorrência de sintomas psicossociais, dentre os quais se destaca a qualidade dos relacionamentos interpessoais, que são apontados como a falta de paciência e ignorância do usuário, o número excessivo de pacientes, a agressividade dos usuários e a entrada de vários acompanhantes sem necessidade durante o atendimento (DA SILVA et al, 2008).

Como destacado por (S4-S5-S7), quando discutem sobre a satisfação com as relações interpessoais, cita-se a relação abusiva entre supervisores e subordinados, que está entre os estressores ocupacionais, frequentemente, ligados à organização do trabalho, também, esses fatores estão relacionados à carga de trabalho excessiva, às condições insalubres de trabalho, à falta de treinamento, de orientação e de controle sobre a tarefa, a ciclos de trabalho e descanso incoerentes com os limites biológicos (CARAYON, 1999).

Dentre os fatores de riscos associados ao estresse, no ambiente de trabalho, é destacada a deficiência na comunicação, o suporte precário para resolução de problemas, o desenvolvimento pessoal, as práticas administrativas inapropriadas, a desinformação e rumores, o conflito de autoridade, o trabalho burocrático, planejamento deficiente e supervisão punitiva, que se tornam desencadeadores de sofrimento psíquico para o trabalhador, corroborando com o relato de (S5), quando cita a desarmonia entre a equipe, gerando um clima ruim no local/ambiente de trabalho (VILALOBOS, 2001).

A questão da satisfação, destacada por (S4), durante a discussão, torna-se fundamental para o desempenho das atividades realizadas na organização, no entanto é importante frisar que há diversos fatores que contribuem para alavancar o nível de satisfação dos funcionários, como as condições de infraestrutura, os benefícios fornecidos pela empresa, a relação entre produtividade e remuneração, a relação chefe-funcionário, a capacitação técnica, a relação interpessoal entre os funcionários, a oportunidade de crescimento e segurança e a apreciação da realização pessoal (GAMA, 2007).

No estudo de Chaves et al (2011), os autores relatam que a satisfação profissional está altamente associada ao relacionamento interpessoal. Também citam que um trabalho que tem sentido é aquele que é fonte de experiências das

relações humanas satisfatórias, cujas características do trabalho proporcionam afiliação e vinculação, servindo aos outros (relações do tipo cliente-fornecedor).

No entanto, o empregado estará satisfeito com os agentes de satisfação nas situações de trabalho, à medida que eles também sejam vistos como facilitadores de suas metas e obtenção de recompensas no trabalho, além de professarem valores em comum (GONÇALVES et al, 2010).

Rosenstok et al (2011), ao analisarem os principais fatores de motivação e o nível de envolvimento no trabalho, destacam o bom relacionamento interpessoal como um dos principais fatores determinantes, juntamente com o bom salário, a valorização da produção, o reconhecimento da capacidade de trabalho, a responsabilidade e a prática profissional.

A boa convivência no trabalho como citado por (S5), durante a discussão, ilustra o estudo de Lopes et al (2011) et al em que se propuseram a entender a relação entre a avaliação de justiça, a motivação, a lealdade e a intenção de rotatividade de pessoal (*turnover*) de equipes de vendas. Os autores destacam a justiça interpessoal, que se refere à maneira pela qual indivíduos são tratados durante os processos relacionais. Curiosamente, os autores discutem que a justiça interpessoal não se associou à lealdade e à motivação, fato este que gera desconforto nos relacionamentos dentro da empresa, porém indicam que a justiça interpessoal é uma condição essencial para a permanência na organização.

Por outro lado, o posicionamento nos serviços, avaliações de desempenho funcional, recrutamento e seleção de pessoal estão vinculados aos relacionamentos entre cortesia, simpatia, sensibilidade, interesse e honestidade entre empregados e empregadores. Em um segundo momento, a existência de relações positivas, entre a justiça interpessoal e os esforços despendidos pelos empregados na resolução de problemas organizacionais, demonstram que o entendimento de que a justiça interpessoal reflete a qualidade da interação entre a equipe e os supervisores e de que exerce grande influência no desempenho e na atitude das equipes de trabalho (CASTILHO, 1998).

A comunicação e o relacionamento, que se estabelecem entre o gerente e os demais membros da equipe, têm influência direta no desenvolvimento das atividades, podendo favorecer ou dificultar o desenvolvimento do serviço (MATOS, 1994).

Para tanto cientistas sociais vêm documentando há décadas os benefícios dos relacionamentos interpessoais. Estudos epidemiológicos demonstram que indivíduos socialmente integrados vivem mais e que os relacionamentos pessoais ou mais próximos – por exemplo, com familiares, amigos e parceiros românticos – atenuam a solidão e proporcionam bem-estar subjetivo, tendo, portanto, papel importante na felicidade pessoal e na promoção da saúde (FEHR, 1996; ARGYLE, 2001).

IV. DOMINIO SOCIAL

IV.I ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA:

Reubene Solomon (1989) definem, como atividades de vida diária, as atividades voluntárias, específicas para cada indivíduo influenciadas por fatores socioculturais e motivacionais.

Outra definição menos complexa, mas que retrata as ações de vida diária são as atividades de alimentar-se, locomover-se, tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, andar, subir e descer escadas, fazer compras, cozinhar, arrumar a casa, usar transporte, lavar roupas, dirigir carro, praticar esporte, andar de bicicleta, dançar, entre outras.

O tema atividades de vida diária, também foi referido como necessário para compor a ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts, conforme os trechos a seguir.

(S8): Agora se eu tive um péssimo dia de trabalho, isso vai interferir nas minhas outras atividades.

(S5): Sim! [...] mas não to satisfeito o quanto esse trabalho interfere no meu dia a dia, [...] mas, isso interfere nas coisas que eu tenho que fazer

fora daqui, então eu não to satisfeita com essa outra “parte”.

(S3): Pra nós atividades de vida diária, [...] abrange a maioria das coisas que a gente conhece, só que as vezes sim as vezes não, atividade de vida diária, aqui vai considerar a situação que jogar futebol é uma atividade de vida diária, passear com cachorro na rua.

(S4): Se ele jogar todos os dias sim, uma vez por semana não.

(S7): Quem faz pilates 2 vezes por semana e não consegue sair no horário.

(S3): Indivíduo corre 3 vezes na semana e não consegue correr a 1 mês. Vai namorar alguma vez na semana e o trabalho impede.

Conforme os trechos dos relatos anteriores, pode-se inferir que o grupo definiu como o envolvimento das atividades do trabalho (ex: atrasos, horas extras, folgas e o cansaço) interfere nas atividades de lazer no dia a dia do trabalhador, relacionados à sua interferência e à satisfação.

A expressão “não tenho mais tempo pra mim” elucida a influência do trabalho sob as atividades do dia a dia dos trabalhadores, Gaulejac (2007) em seu estudo, demonstra que as evoluções tecnológicas foram anunciadas como libertadoras do sujeito, mas de fato, o colocam sob pressão de sempre produzir mais, pelo fato da concorrência estabelecida e das férias cada vez mais curtas.

Para elucidar a interferência do dia de trabalho em relação à satisfação com as atividades do dia a dia, como destacado por (S8-S5), na discussão do grupo, o estudo de Perista (2010) traz o impacto das novas tecnologias no uso do trabalho. Para os autores, as tecnologias sequestram o tempo da vida pessoal, também o uso constante das inovações ligadas às telecomunicações, à microeletrônica e à informática, resultam em uma ilusória redução da jornada de trabalho, desta forma, invadindo os espaços da vida dos trabalhadores, como o

do lazer. Descaracterizando o espaço de trabalho e o social, ou seja, todo o espaço de lazer passa a ser também espaço de trabalho.

Tanure (2007) falam da invasão do trabalho nos espaços da vida privada, que, segundo os autores é propiciada pelo uso cada vez maior de computadores portáteis, correio eletrônico e telefones celulares.

De Vries (2004), ao analisar a vida de sujeitos que se dedicam em excesso à vida profissional, destacam que eles podem sentir como se o trabalho fosse a parte mais divertida da vida, vivenciando o fascínio que o cargo, o status, o poder e o dinheiro trazem para sua vida. Tornando a vida pessoal, afetiva e familiar normalmente uma obrigação.

Segundo Edwards (2000), a insatisfação ou os eventos negativos em uma das dimensões da vida predispõem a aumentar o envolvimento ou buscar por recompensa em outra e quanto mais tempo dedicado ao trabalho, maior o desempenho profissional, o que faz com que esta dimensão seja ainda mais valorizada, ocasionando um desequilíbrio na vida do indivíduo.

Tonelli e Alcadipani (2003) destacam que pelas características intensas de trabalho, os indivíduos sempre estão com a presente sensação de que existem tarefas inacabadas, o que colabora ainda mais com a sensação de dívida permanente.

IV.II TRANSPORTE:

O transporte possui como conceito o deslocamento de bens ou de pessoas de um ponto a outro, respeitando as restrições de integridade.

O tema transporte, também foi referido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts, conforme se observa a seguir.

(S8): [...] se ele tem condução pra vir e ir pro trabalho tranquilo

(S8): Tu tens ônibus com frequência que te leva e te traz pro trabalho?

(S7): Não seria interessante colocar o transporte público?

(S3): Acho que por genérico, porque ele pode ir com público, transporte da empresa, seu próprio carro, bicicleta, ou morar tão perto que não utilize.

Conforme os trechos relatados anteriormente, podemos inferir que o transporte é todo o meio (ex: lotação, taxi, carro, trem, metrô, ônibus) que promove o deslocamento do trabalhador para o seu local de trabalho e proporciona o retorno para o seu lar com tranquilidade e segurança.

Conforme abordado por (S8-S7-S3), durante a discussão, o contexto de transporte é instituído por todo e qualquer meio, o qual o trabalhador utiliza para se deslocar. Nos estudos de Bacchieri (2005) e Kruger (2008), os autores apontam que quanto menor a renda e a escolaridade, maior a prevalência de deslocamento ativo, que se caracteriza pela forma de transporte por uso de equipamentos ou caminhada, que o trabalhador realiza para ir e vir do seu local de trabalho até o seu domicílio.

Silva et al (2012) demonstram, no estudo, que pessoas do sexo feminino, com baixos níveis de renda e escolaridade, que trabalham em empresas de pequeno porte, que praticam atividade física no lazer e ocupacional, apresentaram uma associação positiva ao modo de deslocamento ativo para o trabalho.

Valdovogel (1999), em seu estudo com motoristas de transporte público, demonstrou que as atividades ligadas ao setor de transporte rodoviário são de elevado risco à saúde física e mental do trabalhador. Ao analisar as mortes por acidentes de trabalho no Estado de São Paulo, constatou-se que, aquelas provenientes de acidentes de trabalho em via pública, correspondiam a aproximadamente 30,2% à categoria de condutores de automóveis, ônibus e caminhões.

O Anuário Estatístico da Previdência Social sobre os acidentes de trajeto determina que os acidentes caracterizados como de percurso são aqueles que ocorreram no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-

versa. Sendo de responsabilidade do empregador, qualquer acontecimento/fatalidade que venha a ocorrer nesse percurso, quando o trabalhador está se deslocando para o cumprimento das suas atividades. São destacadas as maiores ocorrências nos serviços prestados a empresas e do comércio varejista (SOCIAL, 2007).

IV.III EDUCAÇÃO:

O conceito de educação é o que define a formação profissional como o conjunto dos processos educativos, que permitam adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, incluindo processos que se desenvolvem nas escolas e nas empresas (CATTANI, 2002).

No sentido de educação, a compreensão do conceito de qualificação impõe uma reflexão sobre o trabalho, entendido como atividade sobre a qual a qualificação é exercida, encontrando-se originalmente associado a um contexto histórico e social do trabalho. Nesse contexto, o tempo de formação configurava-se como o melhor meio para a aquisição desses conhecimentos.

Para tanto o tema educação, também foi referido como necessário para constituir a ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts a seguir.

(S8): [...] *o acesso a educação*

(S3): [...] *se a empresa que ele trabalha dispõe de oportunidade pra ele estudar, pra ele se qualificar [...]*

(S5): [...] *se ele tem liberdade pra sair fazer cursos, ou se a empresa dá incentivos pra isso.*

Conforme os trechos dos relatos anteriormente descritos, pode-se inferir que a dimensão educação é definida pela quantidade de incentivo (Ex: financeiro, folgas, adequação de horário) que o trabalhador recebe para melhorar sua educação e sua qualificação e se é permitido o seu progresso profissional, de modo que possa ocorrer através da liberdade e incentivo para a sua qualificação.

Conforme exposto durante a discussão, (S8) relata o acesso à educação, para isso a Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho reconhece que a educação, a formação e a aprendizagem permanente contribuem de maneira significativa para promover os interesses das pessoas, das empresas, da economia e da sociedade como um todo, especialmente pela importância que significa alcançar o pleno emprego, a erradicação da pobreza, a inclusão social e o crescimento econômico sustentado em uma economia globalizada. Essa organização incentiva os governos, os empregadores e os trabalhadores para que renovem seu compromisso com a aprendizagem permanente. Destaca também que a educação, a formação e a aprendizagem permanente, tornam-se parte substancial nos programas integrais nos âmbitos econômico, fiscal, social e de mercado de trabalho (BRASIL, 2004).

Analisando os discursos de (S3-S5) sobre as oportunidades, a liberdade e os incentivos que o trabalhador recebe para a sua qualificação, o Ministério do Trabalho e Emprego - MTE promove gradativamente a universalização do direito dos trabalhadores à qualificação, visando contribuir para o aumento da probabilidade de obtenção de emprego e trabalho decente e da participação em processos de geração de oportunidade de trabalho e renda, inclusão social, redução da pobreza, combate à discriminação e diminuição da vulnerabilidade das populações (EMPREGO, 2012c).

Essas ações de qualificação social e profissional são implementadas de forma descentralizada, por meio de Planos Territoriais de Qualificação (em parceria com estados, municípios e entidades sem fins lucrativos) Projetos Especiais de Qualificação (em parceria com entidades do movimento social e organizações não governamentais) e de Planos Setoriais de Qualificação (em parceria com sindicatos, empresas, movimentos sociais, governos municipais e estaduais) (EMPREGO, 2012c).

Nas últimas duas décadas, a educação profissional no Brasil tornou-se alvo de debates acalorados de ações governamentais. De um lado, à disseminação de propostas de formação, fruto de pesquisas acadêmicas e da discussão entre entidades sociais. Nesse cenário, a qualificação parece um campo estratégico onde a intensa transformação tecnológica não altera apenas a natureza dos instrumentos de trabalho, mas as representações simbólicas que ordenam e reproduzem as relações sociais no mundo do trabalho (TARTUCE, 2002).

Do ponto de vista sociológico Tartuce (2002), avalia a qualificação como sendo uma relação social complexa que varia, conforme a época e a organização do trabalho, tornando-se função de fatores morais e políticos presentes no julgamento que a sociedade faz sobre a qualidade dos trabalhos necessários à sua reprodução.

No entanto, a busca por mais qualificação no trabalho se dá a partir do surgimento da noção de competência, a qual parte do momento em que a relação do trabalhador com seu trabalho é afetada, de forma que se produz mais em menos tempo e com um número cada vez mais reduzido de trabalhadores, passando a exigir empregados capazes de atuar em uma pluralidade de situações de trabalho (TARTUCE, 2002).

O fato levantado sobre o incentivo e o progresso, nos discursos de (S3-S5), é destacado no estudo de Zibas (1997), realizado em uma empresa onde a política empresarial era de incentivar a continuação dos estudos. Aproximadamente 25% dos operários estavam matriculados em curso de nível superior e alguns já tinham até concluído esse nível. Destacando como elemento fonte de motivação para os trabalhadores, o auxílio educação fornecido pela empresa.

No estudo de Bresciani (1997), o processo de formação profissional é observado em uma montadora de carros instalada no Estado de Minas Gerais. O instituto internacional criado em 1995 pela empresa "desenvolve cerca de mil programas de treinamento e 22.000 cursos diferentes para atender a mais de 300.000 pessoas espalhadas pelos seis países em que atua (Itália, Suíça, Espanha, Polônia, Turquia, Brasil e Argentina)". Desde a implantação do programa, a empresa tem adquirido enormes índices de produtividade e

lucratividade, sendo um dos fatores, a qualificação dos profissionais que atuam na empresa.

IV.IV CONDIÇÕES SOCIAIS:

A relação social diz respeito à conduta de múltiplos agentes que se orientam reciprocamente em conformidade com um conteúdo específico do próprio sentido das suas ações. Na ação social, a conduta do agente está orientada significativamente pela conduta de outro ou outros, ao passo que na relação social a conduta de cada qual entre múltiplos agentes envolvidos (que tanto podem ser apenas dois e em presença direta quanto um grande número e sem contato direto entre si no momento da ação) orienta-se por um conteúdo de sentido reciprocamente compartilhado (COHN, 1997).

O tema condição social também foi referido como necessário para constituir a ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos a seguir.

(S8): [...] é saber se ele tem saneamento básico onde ele mora, se ele tem segurança no bairro dele, Se ele consegue ter lazer com a família, se ele tem tempo de ter lazer com a família,

(S8): Tens casa própria?

[...] se tem boas condições de moradia,

[...] e até o que o poder público vem a oferecer,

(S3): Tipo de relação social que ele vive, Casado? Filhos? Tem aparecido em alguns artigos que indivíduos casados têm menos propensão a doenças, acho que isso podia ser investigado, pode ser um dado demográfico, mas o quanto ele acha que isso interfere na qualidade

de vida dele, pode ter uma vida marital ruim mais interfere positivamente.

Conforme os trechos dos relatos anteriormente citados, pode-se inferir que as condições sociais são definidas pelas condições de moradia (Ex: se ele tem saneamento básico onde ele mora, se ele tem segurança, se possui casa própria, também o que o poder público oferece como estrutura, e se ele consegue ter lazer com a família), quanto ao seu relacionamento (Ex: se é casado, tem filhos) e o quanto isso interfere na qualidade de vida.

Tomando como ponto de partida o fator social estar diretamente relacionado à qualidade de vida do trabalhador, como destacado por (S8), durante a discussão, quando argumenta sobre as condições básicas de moradia e segurança. O estudo que avaliou as condições de trabalho e de saúde dos cortadores de cana do Brasil traz a pobreza como fator social determinante ao estado de saúde dos trabalhadores, sendo que vivem em casas, onde, muitas vezes, não há saneamento básico ou água da torneira, vivendo em más condições de higiene e os seus padrões nutricionais não atendem suas próprias necessidades orgânicas e, meramente, a assistência médica é fornecida pelo sistema público de saúde. Além disso, a pobreza reflete na sua existência vulnerável, sob os riscos da falta de segurança, privação da saúde, educação, renda, condições de habitação, trabalho decente, os direitos, participação social, o status e dignidade humana (ROCHA et al, 2010).

Uma vez que também foi destacado por (S8), na discussão, sobre o que o governo propõe como estratégia para as condições sociais. Dentre essas ações, pode ser destacado o panorama dos catadores de materiais recicláveis que estão em um processo de envelhecimento, onde pode ser destacado o alto risco por causa da pobreza, pela assistência médica inadequada, história irregular de trabalho e educação, forçando-os a um menor nível de instrução e renda. Portanto, à medida que os catadores envelhecem, pioram suas condições de moradia, também ocorre um aumento na intensidade de dor e um decréscimo na satisfação com suas vidas (PAPALIA DE, 2000). Novamente as condições de moradia são destacadas no estudo realizado com catadores de lixo do Aterro de Jardim Gramacho, RJ, onde foi evidenciado que mais da metade (51,4%) dos

entrevistados gostaria de mudar--se para outra localidade, alegando principalmente as precárias condições de suas casas e a infraestrutura ambiental do bairro onde residem. A maioria (68,0%) das moradias está disposta em ruas sem pavimentação, sendo que 50,0% dispõem da rede oficial de esgoto, 23,6% dos moradores lançam direto o seu esgoto em valas a céu aberto, e 19,0% recorrem a fossas sépticas ou rudimentares. Tal fato se torna um problema ainda mais sério, onde 18,3% dos trabalhadores moram em casas cuja fonte d'água provém de nascentes ou poços, que podem estar contaminados pelo esgoto (DE SOUZA et al, 2004).

Os determinantes sociais que sugerem as causas distais de doenças incluem a natureza das condições sociais que afetam a saúde e os mecanismos, através dos quais essas condições produzem seus efeitos, incluindo o desemprego, locais de trabalho inseguros, as más condições de vida urbana, globalização e falta de acesso a cuidados de saúde, também as condições precárias de moradia refletem na privação social (MINKLER, 2006).

De forma que, a mudança de bairros surte efeitos sobre os seus moradores, destacando-se na literatura internacional que quase nove milhões de americanos vivem em bairros em situação de extrema pobreza, lugares que também tendem a ser racialmente segregados e perigosos. No entanto, os efeitos sobre o bem-estar dos moradores ao saírem de tais comunidades para áreas menos deficitárias permanecem incertas. Porém os autores descobriram que os moradores que se deslocam de um bairro pobre para um bairro com melhores condições, levam um longo prazo (10 - 15 anos) para demonstrarem melhorias na saúde física e mental e o subjetivo bem-estar (LUDWING et al, 2012).

Em geral, as pessoas pobres vivem em áreas carentes, experimentando as piores condições de saúde (STAFFORD, 2003). A saúde física e mental desses moradores está diretamente relacionada com o ambiente físico e ambiental, no entanto pouco se sabe sobre quais as características particulares influenciam o ambiente e a saúde física ou mental desses moradores (DANNENBERG, 2003; ELLAWAY, 2010). Além disso, a habitação e os bairros não são definidos apenas por seus aspectos físicos, mas também pelo ambiente psicossocial, a forma como eles são considerados (SIEGRIST, 1990). Isto é, os bairros podem ser ambientes que promovam a experiência positiva ou negativa

de uma pessoa se ver em relação aos outros, em termos de confiança, controle, autoestima e status. Em particular, os aspectos residenciais de ter uma boa reputação interna, estar satisfeito com casa e a sensação de que tanto o lar e a vizinhança contribuem para uma sensação de estar bem, estão diretamente associados com o bem estar (BOND et al, 2012).

Desta forma, os aspectos ambientais como ter uma casa em bom estado, viver em uma área percebida como atraente, viver em um ambiente calmo e tranquilo estão diretamente relacionados a melhores níveis de satisfação e bem estar (BOND et al, 2012), ao passo que esses fatos contribuem e dão respaldo para os assuntos discutidos pelo grupo de experts.

IV.V ALIMENTAÇÃO:

A alimentação é o processo pelo qual os organismos obtêm e assimilam alimentos ou nutrientes para as suas funções vitais, incluindo o crescimento, movimento, reprodução e manutenção da temperatura corporal (EMPREGO, 2013).

Desta forma, o tema alimentação, também foi referido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo as considerações a seguir.

(S3): Eu achei que o item alimentação tem uma influencia na saúde e na qualidade de vida e devia ser contemplada.

Conforme o trecho anteriormente relatado, pode-se inferir que a dimensão alimentação é definida pela influência na saúde e na qualidade de vida do trabalhador.

O Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT prioriza o atendimento aos trabalhadores de baixa renda, isto é, aqueles que ganham até cinco salários mínimos mensais. Esse Programa, estruturado na parceria entre Governo,

empresa e trabalhador, tem como unidade gestora a Secretaria de Inspeção do Trabalho / Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho com o objetivo de operacionalizar o provimento de refeições, dentro dos padrões dietéticos e higiênicos. Embora os funcionários não sejam obrigados a fazer a refeição no local, que é a opção natural, pela comodidade, pelo custo e pela qualidade da refeição (EMPREGO, 2013).

O perfil nutricional da população passou por mudanças em consequência dos diferentes padrões de vida que vêm surgindo. A desnutrição até então frequente na população foi substituída pelo sobrepeso e obesidade devido aos métodos de alimentação, associados ao aumento do consumo de gordura saturada e açúcar, com a redução de frutas, cereais, verduras e legumes, além do desequilíbrio entre energia consumida e atividade física (STOLTE, 2006b; VELOSO, 2007).

A obesidade é considerada atualmente como uma epidemia global, desencadeando riscos e vulnerabilidade a várias doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares (acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, infarto, etc) e o diabetes mellitus. A obesidade também apresenta repercussões quanto a preconceitos, dificuldades em relacionamentos, vestuário, transporte, locomoção, inclusive no trabalho (MARIATH, 2007).

Os sentimentos de vergonha e rejeição também são comuns, deixando a pessoa mais susceptível a desenvolver depressão emocional e outros distúrbios de comportamento e autoimagem devido à supervalorização da estética, discriminação no mercado de trabalho e da rejeição social em relação a ser obeso (HOFELMANN, 2009).

O excesso de peso pode estar associado à diminuição da qualidade de vida, ao aumento do uso de cuidados de saúde, também à incapacidade ou diminuição da produtividade no ambiente de trabalho e consequente aumento do absenteísmo (MAGALHAIS, 2008; HOFELMANN, 2009).

O estudo de Stolte et al (2006) demonstrou que apesar dos trabalhadores conhecerem a relação existente entre alimentação e saúde, a função de manter a forma física e a capacidade para o desempenho das funções, relacionados a obesidade e o sobrepeso, não foram incapacitantes para o trabalho e não são tidos como prejudiciais.

Já no estudo realizado com trabalhadores de uma indústria, no município de Jaraguá do Sul – Santa Catarina, foi avaliado que o sobrepeso e a obesidade estavam presentes em 54,6% dos trabalhadores (MARIATH, 2007).

Também foi analisado o índice de massa corporal (IMC) de trabalhadores de uma empresa de construção civil com 417 trabalhadores, sendo que destes, 145 apresentavam excesso de peso e que dos trabalhadores com sobrepeso, 25 eram portadoras de hipertensão arterial e quatro diabéticos (FERNANDES E VAZ, 2012).

IV.VI LAZER/ FÉRIAS / FERIADOS:

É definido pelo o conjunto de ocupações às quais o sujeito pode entregar-se de livre e espontânea vontade, seja para repousar, divertir-se, recrear-se e entreter-se, desenvolvendo ação desinteressada, participação social voluntária, ou livre capacidade criadora, após cumprir obrigações profissionais, familiares e sociais. É uma escolha individual, que ajuda o sujeito a sair da rotina, benéfica para a saúde e é buscado pelo prazer e satisfação que proporciona (DUMAZEDIER, 2008).

Marcellino (2008) lembra que o termo lazer está ligado ao descanso e o divertimento, o autor reforça que o importante nessas oportunidades é o repouso, a higiene mental, a quebra da rotina e a liberação da imaginação.

Dumazedier (2008) propõe cinco categorias para classificar as atividades de lazer: os lazeres físicos que, segundo o autor, ligam-se a atividades esportivas, caminhadas, sair para dançar, viagens e passeios, o foco não são os exercícios físicos, mas as atividades práticas que elevem a sensação de bem-estar; os lazeres artísticos, ligados a atividades de teatro, concerto, cinema, museu, espetáculo esportivo, que se referem aos realizados fora de casa; os lazeres práticos, voltados a atividades de trabalhos manuais, jardinagem, culinária, ligados às práticas cotidianas, realizados em casa; os lazeres intelectuais, ligados a atividades de leituras, não ligadas aos interesses profissionais; os lazeres sociais, voltados a recepções, visitas feitas ou recebidas, sair com amigos e festas familiares.

Sendo assim, o tema lazer, férias e feriado, também foi referido como necessário para compor a ferramenta de avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os seguintes relatos do grupo de experts.

(S8): Tens horas de lazer?

(S7): [...] Acho que tenha a ver com satisfação ou prazer. Satisfação em relação a sua vida.

(S5): Quanto o trabalho interfere em relação à sensação ao prazer de aproveitar a sua vida?

(S7): Tanto negativamente quanto positivamente.

(S7): Tem pessoas que mesmo doentes ficam muito mal afastadas do trabalho, mas eventualmente tem pessoas que não gostam de férias.

(S3): Tu podes colocar [...] se foi positivo ou negativo, [...] o quanto influenciou?

(S4): Tu podes sair para participar de estudos, e quando tu voltaste a dinâmica do trabalho mudou totalmente e tu perdeste teu espaço.

(S5): quanto influenciou [...], por que minha qualidade de vida melhora muito quando eu tiro férias, feriados, quando saio para congresso. Volta o ambiente de trabalho tá tumultuado, trocou chefia, trocou colegas [...]. Quando tu volta tu vai estar no ambiente de trabalho e tua qualidade mudou lá dentro.

(S5): [...] férias é ótimo! Mas quando eu volto de férias posso ser demitida, pode ter alguma coisa que mudou no meu ambiente que me prejudica lá dentro, mas lá fora aquilo foi ótimo.

(S5): Por exemplo, férias, [...] quando fala em férias é uma coisa prazerosa, pensa em viajar,

geralmente se pensa nisso, lá a minha qualidade de vida quando tiro férias é ótima, fazer as coisas que eu gosto, tenho tempo pra mim, só que aí dentro do meu trabalho pode ser diferente, [...] o quanto essas férias, esses estudos, essas coisas que são boas aqui, o quanto elas influenciam dentro do teu trabalho lá fora.

Conforme os trechos dos relatos anteriormente citados, pode-se inferir que lazer, férias e feriado definem-se como os momentos em que o trabalhador usa para passear, comprar, festar, realizar cursos e participar de congressos. Podendo apresentar influência positiva e negativa, ocasionada pelo trabalho nesses momentos, como também a desses momentos no ambiente de trabalho, sendo que a não permanência do trabalhador pode acarretar em perda de espaço, não adequação às novas rotinas do trabalho, com isso prejudicando o seu desempenho e a sua qualidade de vida.

Os ingredientes para a constituição da felicidade são a família, a amizade, a autonomia, a autoestima, as horas de lazer e o tempo livre. Conforme discutido, dentro da perspectiva dos momentos de lazer, ser um momento associado à distribuição do tempo e de não-trabalho, Evans (1980) relatam que o lazer está, geralmente, associado a diferentes perspectivas, porém, ligadas à vida profissional, como o lazer no sentido de recuperação (descansar); lazer como relaxamento (aliviar as tensões); lazer como investimento/dedicação à vida privada (passear com os filhos) e lazer como desenvolvimento pessoal (segunda carreira).

O tempo de não-trabalho, mostrado por Perista (2010) compreende todos os tempos utilizados nas atividades que não visem à remuneração, sendo definidos como os tempos utilizados com a família, com o cônjuge, com atividades sociais, com lazer e com amigos, entre outros.

Bacha (2008) descrevem que a influência da renda média mensal familiar é diretamente associada às atividades realizadas e concluem que essas

diferenças são significativas nas escolhas das atividades de lazer dos trabalhadores.

Ao passo que o fato de sair do trabalho por motivos de lazer, férias, dentre outros, pode acarretar mudanças na dinâmica do trabalho, trazendo ao trabalhador diferentes reações e sentimentos, esses pontos são relatados por (S7-S3-S4-S5), durante a discussão, onde expressam a interferência do trabalho nos sentimentos de satisfação e prazer em relação ao tempo de descanso, mas também apontam que isso pode acarretar sentimentos tanto negativos, quanto positivos no seu ambiente de trabalho, uma vez que esse período de afastamento possa gerar transtornos pela mudança na rotina de trabalho, ou que o trabalhador tenha perdido espaço no seu posto de trabalho.

No entanto, Weber e Grisci (2011), em seu estudo com trabalhadores bancários, buscou compreender a interação do trabalho imaterial com o lazer em um banco múltiplo privado. As autoras caracterizam os modos de trabalhar e descrevem as formas de lazer dos bancários e a interferência no modo de trabalhar. Os resultados da pesquisa apontam que os sujeitos convivem com a necessidade de optar entre o trabalho e o lazer constantemente e, que, para os bancários, o lazer é essencial à vida, necessário para esquecer problemas do cotidiano e que esses momentos proporcionam prazer, bem-estar e descanso.

Já no estudo de Metzner (2001), realizado com trabalhadores estudantes de enfermagem que possuem atividade em períodos noturnos, foi observado que, no período de férias desse grupo, o tempo de duração do sono tendeu a ser maior do que no período letivo, apresentando maior tempo de sono no período de férias, em especial, nos dias da semana. Com base nesse estudo, pode-se ressaltar que é variável a atividade exercida pelo trabalhador nos momentos de gozo de suas férias, esses momentos variam de passeios, viagens e, também, como no estudo citado, os trabalhadores descansam para recuperar suas energias.

V. DOMINIO TRABALHADOR

V.I REMUNERAÇÃO:

O Art. 457 – Define a remuneração do empregado como o salário devido e pago diretamente pelo empregador, como contraprestação do serviço, também as gorjetas que o mesmo receber (redação dada pela Lei nº 1.999, de 1.10.1953) .

A remuneração também foi referida como um tema constituinte e necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador segundo os relatos dos experts, vistos a seguir.

(S8): se eu fosse perguntar pra esse trabalhador pra saber a qualidade de vida dele, partiria dessas questões, vem cá, considera que teu salário é bom? Sim ou não?

(S4): O seu trabalho remunerado permite o seu progresso profissional?

(S7): [...] Trabalho formal, o qual a gente tira o nosso sustento.

Porque na realidade importa o trabalho voluntário, que também é trabalho, mas a gente não quer saber do trabalho voluntário, a gente quer saber do trabalho formal, o passo que a pessoa usa, para manter suas necessidades básicas.

Porque às vezes a pessoa pode prestar algum serviço pra complementar [...]

(S4): O seu trabalho lhe dá rendimento, dinheiro, suficiente para satisfazer suas necessidades?

(S4): [...] aqui da maneira como ela está ela deixa em aberta pra que cada um saiba das suas necessidades.

(S3): De fato essa questão prontifica. Cada um vai responder segundo a sua situação particular mesmo.

Conforme os trechos dos discursos relatados anteriormente, pode-se inferir que a remuneração define-se como o rendimento recebido em dinheiro e se esse rendimento permite ao trabalhador o seu progresso profissional. Sendo importante que o seu pagamento seja capaz de suprir/garantir as suas necessidades, ou se ainda assim ele precisa realizar outras atividades remuneradas para garantir o seu sustento.

No contexto da remuneração, pode-se descrever o salário mínimo recebido pela atividade formal do trabalhador, contudo o nível de remuneração é um aspecto fundamental para qualquer profissão, principalmente numa sociedade sob a lógica capitalista, devendo essa remuneração ser capaz de atender as necessidades vitais básicas e às de sua família como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene e transporte (TÉCNICA, 2005). Durante a discussão, (S7) argumenta “*Porque às vezes a pessoa pode prestar algum serviço pra complementar [...]*”, esse discurso vai de encontro com o estudo realizado por Vedovato e Monteiro (2008), onde demonstram a porcentagem dos professores que necessitam complementar sua renda com outras atividades. O estudo traz que a maioria dos educadores trabalha em duas ou mais escolas ou possuem outra atividade remunerada que pode ser um indicativo da necessidade de complementação de renda familiar, através de outros trabalhos, inclusive fora da área de ensino. Para tanto, em Campinas e em São José do Rio Pardo mais da metade dos professores (53,9%) trabalhavam simultaneamente em outra escola e, desses, 60,4% atuavam em outra escola estadual e, 36,6% na rede particular ou municipal de ensino. Além disso, 15,9% desenvolviam outras atividades remuneradas, além da docência.

Em relação ao ponto de vista do progresso profissional levantado por (S8), durante a discussão, averiguou-se também as distintas formas de progresso

entre os setores públicos e privados, verificando que o progresso profissional na carreira pública, delega atributos ao trabalhador, sendo que, mesmo que ele continue desempenhando a mesma função, o salário é reajustado à medida que acumula anos de serviço; já no setor privado, a rotatividade dos trabalhadores é muito maior, a progressão salarial depende de incrementos na qualificação pessoal e do acúmulo de experiência profissional no desempenho da função, devendo se traduzir em ganhos de produtividade (VAZ E HOFFMANN, 2007).

Também, no estudo realizado por Ramalho (1995), foi observado que a remuneração dos salários reais médios pagos no setor público é estritamente superior aos pagos para os trabalhadores no setor privado.

Na mesma perspectiva Najberg et al (2002a), investigaram que a remuneração média dos trabalhadores do setor público, no ano 2000, foi superior à remuneração média do total do pessoal ocupado e o estado com maior remuneração média para os trabalhadores da administração pública foi o Distrito Federal com 11,4 salários mínimos. No que se refere às esferas de governo, os empregados federais têm remuneração média maior que os estaduais, e esses, uma média maior que os funcionários municipais.

Marconi (2003) também demonstrou que não só os salários médios pagos no setor público são superiores aos pagos no setor privado, como também os diferenciais brutos.

No estudo de Vaz e Hoffmann (2007), embasado nos dados dos anos de 1992 a 2005, constatou-se que os empregados do setor privado auferiram, em média, um rendimento equivalente a 62,6% daquele recebido por funcionários públicos estatutários.

Contudo, no ano de 2002, a remuneração média dos brasileiros, na região Central do país, foi de 4,2 salários mínimos; na região Norte e Sudeste 4 salários mínimos; na região Sul foi de 3,6 salários mínimos; na Nordeste, 2,8 salários. Ressaltado ainda que, segundo dados da Pesquisa de Domicílio do ano de 2003, 31,7 milhões de empregados recebem até um salário mínimo mensal, correspondendo a 40% do total de ocupados no país (INSS, 2007).

Portanto, pode-se destacar a disparidade de rendimentos dentre os trabalhadores das diversas classes trabalhistas dos setores públicos e privados. Sendo que isso interfere no subsídio e no sustento das necessidades que os

trabalhadores possuem, muitas vezes obrigando-os a recorrer por trabalhos extras.

V.II OCUPAÇÃO:

O termo ocupação é um conceito sintético, não natural, artificialmente construído pelos analistas ocupacionais, que trata da atividade laboral desempenhada por um indivíduo e não se detém na distinção entre ocupação e profissão. Essa divisão classifica e hierarquiza os indivíduos envolvendo aspectos subjetivos e prioritários. O que existe no mundo concreto são as atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho.

A ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas (EMPREGO, 2012B).

Dessa forma, o tema ocupação foi ressaltado como necessário para compor a ferramenta de avaliação de qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts descritos a seguir.

(S2): [...] trabalhador são as pessoas, não é entidade abstrata, somos todos nós aqui. Um adulto ou ta desempregado ou ta trabalhando, e mesmo quando ta desempregado ele tem uma atividade de trabalho informal, ou em casa, ou em algum lugar, então todo mundo é trabalhador até que provem o contrário né,

(S7): o agricultor que tem a sua esposa que faz toda a sustentação da casa, de arrumar a casa, de dar comida, que mantêm os outros trabalhando, ela também é um trabalhador, então de repente assim seria importante também ter essa definição.

(S8): trabalhador pra mim é alguém que presta um serviço e recebe por isso né, ai independe se for com carteira assinada ou não, formal ou informal,

Conforme os trechos dos relatos anteriormente descritos, pode-se inferir que a ocupação é definida a partir do contexto de que todo o trabalhador não é uma entidade abstrata e, sim, uma pessoa que está prestando algum tipo de serviço e recebe ou não por ele. A pessoa, mesmo desempregada, pode continuar trabalhando para manter as suas necessidades e continua sendo considerada um trabalhador, da mesma forma, a dona de casa, que realiza as tarefas do lar para garantir que os demais membros consigam realizar suas atividades, deve ser enquadrada nesse contexto.

Como relatado pelos participantes (S2-S7-S8), quando enfatizam que o trabalhador é toda a pessoa que realiza qualquer tipo de atividade e vinculam ao termo ocupação, pode-se, portanto, reforçar esse pensamento através dos dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), um material que o Ministério do Trabalho e Emprego reformulou no ano de 2010, o qual constitui uma das principais fontes do mercado de trabalho formal, onde estão contidos todos os vínculos formais (celetistas, estatutários, avulsos, temporários e outros) e registra um montante de vínculos empregatícios ativos, em 31 de dezembro de 2010, de 44,068 milhões de trabalhadores. A RAIS é classificada em oito setores de atividade econômica: a extrativa mineral, a indústria de transformação, os serviços industriais de utilidade pública, a construção civil, o comércio, os serviços, a administração pública, a agropecuária, a extrativa vegetal e a caça e pesca (EMPREGO, 2010).

Da mesma forma, o Ministério do Trabalho e Emprego dentro das suas atribuições instituiu a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares (EMPREGO, 2012b).

Com o intuito de demonstrar que a qualificação é importante para uma boa ocupação, Bacarrin et al (2011) realizaram um estudo com empresas

sucroalcooleiras, demonstrando que as mudanças tecnológicas, especialmente nas atividades agrícolas, têm acontecido com tal intensidade que, pelo menos para algumas categorias de pessoas ocupadas com menor grau de qualificação, o número de postos de trabalho, em vez de aumentar, têm diminuído.

Diferentemente das categorias de pessoas ocupadas em atividades agrícolas com baixa qualificação, o número de pessoas ocupadas em atividades industriais, administrativas e de apoio aumentaram, pois devem acompanhar o crescimento da produção setorial (BACARRIN ET AL, 2011).

Dedeca et al (2009) analisaram o gênero e jornada de trabalho, demonstrando que ao analisar a situação das mulheres com *status* ocupacional e renda, constatou-se uma clara situação de desvantagem em relação aos homens quando postos em situação semelhante.

De acordo com os resultados da Pesquisa Mensal de Emprego, apurada no mês de novembro de 2012, a taxa de atividade (proporção de pessoas economicamente ativas em relação à população em idade ativa), foi estimada em 58,1% para o conjunto de seis regiões metropolitanas pesquisadas. No entanto, o contingente de pessoas ocupadas foi estimado em 23,5 milhões para o conjunto das seis regiões e o nível de ocupação foi estimado em 55,3% para o total das seis regiões (EMPREGO, 2012B).

No Brasil, o contingente de desocupados em novembro de 2012, foi estimado em 1,2 milhões de pessoas, sendo que a taxa de desocupação em novembro de 2012 era de, aproximadamente, 4,9% (EMPREGO, 2012B).

Contudo, pode-se verificar que, mesmo as pessoas classificadas como desocupados, necessitam realizar algum tipo de atividade para garantia do seu sustento, salvo quando estão recebendo benefício vinculado a ocupações anteriores. E ressalta-se que, mesmo desempregado, o indivíduo continua sendo considerado um trabalhador à espera de um novo emprego ou ocupação, corroborando com os dados encontrados nos discursos dos experts.

V.III PROGRESSO E RECONHECIMENTO PROFISSIONAL:

O progresso profissional emerge do conceito de carreira profissional, que está historicamente associado às dificuldades das empresas em satisfazer as suas necessidades de mão de obra qualificada e em garantir a existência de profissionais devidamente preparados para ocupar funções hierarquicamente mais elevadas, devido ao aumento da complexidade funcional e à crescente burocratização das empresas.

Nesse sentido, o conceito de carreira profissional surge fortemente associado ao processo de planejamento de recursos humanos, dado a pressão para garantir a satisfação das necessidades por permitir o controle hierárquico, o que, no quadro das correntes teóricas dominantes de matriz Taylorista, faz com que a carreira esteja associada à progressão vertical na estrutura da organização e, concomitantemente, à melhoria das condições salariais (ALMEIDA et al, 2000).

Sendo assim, o tema progresso profissional/reconhecimento foi referido como necessário para avaliar a qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts, como podemos observar a seguir.

(S7): Quer dizer que a identidade da pessoa se dá pelo trabalho que ele exerce?

(S5): Mas uma coisa que teria que entrar [...], o quanto essa empresa reconhece teu trabalho, quanto isso é bom, quanto tu tens de retorno da empresa pelo teu trabalho.

(S5): [...] to fazendo um trabalho "X", mas as pessoas estão reconhecendo que isso é um bom trabalho? [...] que tem uma boa entrada no mercado? [...], isso é uma coisa importante para qualidade de vida do trabalhador.

Conforme os trechos anteriormente citados pode-se inferir que progresso profissional/reconhecimento é definido pelo quanto o trabalhador possui/tem de

retorno (Ex: financeiro e emocional) por parte da empresa, ou do local onde realiza sua tarefa. E que o reconhecimento e a identidade da pessoa se dão pelo trabalho que ele(a) exerce profissionalmente.

Neste contexto, as expectativas de sucesso determinam as características da trajetória de cada profissional, o tipo de personalidade e os objetivos estabelecidos influenciam diretamente nas conquistas e realizações do indivíduo. No entanto, o crescimento profissional, a competência e o reconhecimento são moldados pelas condições concretas e objetivas da vida dos trabalhadores (SOUZA, 2000).

Também o fato de o progresso profissional estar ligado ao reconhecimento do trabalho exercido e ser um fator para alavancar o crescimento do trabalhador, pode-se dizer então que o reconhecimento é percebido como o componente central no processo de formação ética do espírito humano e de relações sociais baseadas no reconhecimento mútuo como um fator prévio a qualquer outro (SOUZA, 2000).

Como salientado por (S5), na discussão, a dinâmica do reconhecimento é suficientemente abrangente para abarcar as relações afetivas e as relações sociais. No entanto, o progresso profissional recebe influência do retorno financeiro e emocional que o indivíduo recebe em virtude das atividades que exerce. Os aspectos psicossociais do trabalho são os principais fatores desencadeantes, sendo que as oportunidades, a justiça e a clareza no sistema de promoções e a disponibilidade incluem o reconhecimento e os créditos pelas realizações (SOUZA, 2000; KATSURAYAMA et al, 2012).

A valorização e reconhecimento também foram estudados por Prochnow et al (2010), onde os autores destacam que o fato de o usuário procurar o serviço para obter orientações é um ponto que repercute, favoravelmente, no sentimento de valorização e de reconhecimento do trabalho realizado. Denota-se que o reconhecimento da identidade profissional, destacada pela atividade que o mesmo exerce, é um fator determinante para a satisfação do profissional com o seu trabalho, esse fato ressalta a arguição defendida por (S7), durante a discussão, quando defende que o trabalho exercido faz parte da própria identidade do trabalhador.

No estudo realizado para comparar os acidentes de trabalho, ocorridos entre dois grupos de trabalhadores de um hospital do Rio de Janeiro, curiosamente, as atividades de crescimento profissional, para a equipe de enfermagem, entraram para uma classificação de risco no local. As atividades de educação continuada ou permanente nos hospitais são apontadas como incentivo à qualificação dos trabalhadores, maior rendimento profissional e garantia de qualidade da assistência. Entretanto, o estudo demonstra que o grupo que sofreu mais acidentes é exatamente o que passou por mais processos de atualização e/ou aperfeiçoamento (GUIMARÃES et al, 2005).

V.IV ESTABILIDADE:

Define-se estabilidade no emprego como o direito do empregado à manutenção do emprego, uma vez que o empregado só pode ser dispensado por justa causa.

Essa estabilidade é aplicada em casos de acidente de trabalho (ex: o empregado possui estabilidade provisória de um ano após o retorno ao trabalho), ou em caso de se tornar dirigente sindical (ex: desde o registro da candidatura até um ano após o término do mandato), ou membro de comissão interna de prevenção a acidentes CIPA (ex: desde o registro da candidatura até um ano após o término do mandato), em caso de gestação (ex: desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto) (EMPREGO, 2012A)

A estabilidade no emprego é garantida aos servidores públicos brasileiros após dois anos de efetivo exercício do cargo. Nesse período, conhecido como estágio probatório, são avaliados critérios como assiduidade, disciplina, produtividade, responsabilidade e capacidade de iniciativa, os quais fazem parte das atribuições do cargo. Passado o período probatório, o trabalhador adquire estabilidade no emprego (BRASIL, 2009).

O tema estabilidade, também foi referido como necessário para a avaliação da qualidade de vida do trabalhador, segundo os relatos do grupo de experts, vista a seguir.

(S7): Porque [...], que na realidade, a falta de estabilidade no trabalho nos deixa bastante intranquilos.

(S3): [...] se sente estável em relação à estabilidade.

(S3): Eles ficam extremamente intraquilos, inquietados, quando eles estão achando que o emprego deles está...

(S6): [...] Por que quando está falando em estabilidade está pensando em segurança.

Conforme os trechos dos relatos anteriores, pode-se inferir que a dimensão estabilidade é definida como a segurança e a tranquilidade que o trabalhador tem em relação a sua manutenção junto ao seu cargo ou atividade no emprego, podendo o trabalhador apresentar sintomas de intranquilidade, inquietação, quando se sente prestes a perder seu emprego.

Como destacado no relato de (S6-S3-S7), durante a discussão, a estabilidade no emprego possui sinônimo de segurança, entretanto observa-se que, a cada dia, aumenta o número de pessoas que se preparam para ingressar, por meio de concursos, no serviço público brasileiro, onde o fator mais citado por todos os trabalhadores é a estabilidade. Acima disto, revela-se que a estabilidade é percebida como uma vantagem do ponto de vista social e econômico e que oferece tranquilidade à vida dos indivíduos, uma vez que significa a possibilidade de um salário permanente (CODD, 2006).

No estudo intitulado "Motivação da equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva", mostrou-se a existência de dois lados da estabilidade no emprego: o positivo e o negativo. Para os aspectos positivos foram citados o estímulo e o desafio no trabalho, a realização profissional, o reconhecimento pelo trabalho realizado, a exigência de responsabilidade no trabalho, a chance de progresso e crescimento profissional. Para os aspectos negativos foram incluídos a falta de interesse do trabalhador, os atrasos, os altos

índices de absenteísmo e a apresentação de atestados médicos, além do não cumprimento de tarefas programadas (MELLARA, 2006).

Já no estudo realizado por Guimarães et al (2011), identificou-se a percepção dos profissionais com a estabilidade, dentre os fatores apontados destaca-se que a segurança no trabalho, promovida pela condição de igualdade entre trabalhadores, pode favorecer a quebra das hierarquias necessárias à organização do trabalho. Há, portanto, necessidade de limites que circunscrevam os direitos e deveres de cada categoria funcional. O gerenciamento em serviços públicos é muito diferente daquele exercido nos serviços privados, evidenciando a falta de instrumentalização do profissional para a realidade do trabalho. Também a estabilidade proporciona segurança no trabalho, melhores salários e mais direitos, mas não garante o aumento da qualidade da assistência, que deveria ser o foco principal do trabalho. O compromisso profissional deve ir além do regime de trabalho, as desvantagens da estabilidade no emprego conseguem sobrepor-se às vantagens.

Uma vez que, o material elaborado a partir da análise do conteúdo do grupo focal, seguiu os passos de formação de temas e subtemas como geradores do processo do construto da ferramenta de avaliação de qualidade de vida do trabalhador e foi apresentado o capítulo categorizado sob a terminologia de domínios.

6. ARTIGO DE REVISÃO.

Artigo Revisão Descritiva

Grupos focais como ferramenta para avaliação de qualidade de vida – Uma revisão da literatura.

Autores: *Comel, JC; Neusa SR; Martini MR; Nery RM; Vidor CR; Santos AC; Stefani MA*

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de medicina física e reabilitação

Grupo de estudos em dor osteomuscular

Núcleo de inovação e transferência de tecnologia em LERDORT – NITT/LERDORT

Resumo:

Objetivo: Descrever os achados da literatura a respeito dos grupos focais, através de uma revisão de literatura sobre a sua utilização na formação, análise e adaptação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida.

Método: Foi realizada uma revisão descritiva da literatura, através de uma busca na base de dados Pubmed utilizando os seguintes descritores: *grupos focais (focus groups)*, *qualidade de vida (quality of life)* e *questionário (questionnaire)*. No total foram encontrados 233 artigos, destes foram selecionados 17 artigos, estes condizentes com o objetivo da pesquisa.

Conclusão: Após a análise dos estudos ressalta-se a importância dos grupos focais como método de formação, análise e para estabelecer a validade dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Por tanto viabilizamos a possibilidade da utilização da metodologia qualitativa com grupos focais para construção de um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida do trabalhador.

Abstract:

Ojective: Describe the findings in the literature about the focus groups, through a literature review about its use in the formation, analysis and adaptation of the quality of live assessment instruments.

Method: Was performed a descriptive literature review, through a search in the PubMed database using the following descriptors: *focus groups*, *quality of life* and *questionnaire*. A total of 233 articles were found, of these were selected 17 articles, which meet the research objective.

Conclusion: After the studies analysis it's emphasized the importance of the focus groups as a formation method, analysis and to establish a validity of the quality of live evaluation instruments. Therefore we enabled the possibility of using a qualitative method with focus groups to build a specific instrument to assess the worker quality of life.

Introdução

Nos últimos anos, a pesquisa qualitativa tem apresentado um período de crescimento, tornando-se uma proposta de pesquisa consolidada e respeitada, sendo útil para uma ampla gama de pesquisadores, buscando o contexto externo, entendendo e descrevendo os fenômenos sociais de diversas maneiras².

O grupo focal é um dos mais importantes métodos de produção de dados qualitativos, podendo ser considerado uma variante da entrevista em grupo. O contexto metodológico é justamente a interação entre os participantes e a equipe de pesquisa, objetivando a coleta de dados a partir de discussões de tópicos específicos, buscando as percepções, atitudes em relação a um fato, prática, produto ou serviço. Também são utilizados para adaptar questionários a outras populações, na formação de questões contextualmente relevantes e para fornecer uma base para projetar metodologias de questionários, que envolvem questões com temas delicados ou controversos culturalmente².

Muitos pesquisadores utilizam os grupos focais para avaliar o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa. Permitindo ao pesquisador explorar o insight dos participantes, pois os participantes não medem suas colocações e são críticos ao analisar os projetos².

O grupo focal é um método de escolha quando o propósito da pesquisa é estudar os significados grupais. Estes particularmente são aptos para estudos de tomada de decisões, nos quais os participantes pesam os meios pelos quais qualificam suas visões frente às tomadas de decisões e circunstâncias em consideração, possuem características em termos de tempo e esforços, além de ser uma pesquisa de baixo custo².

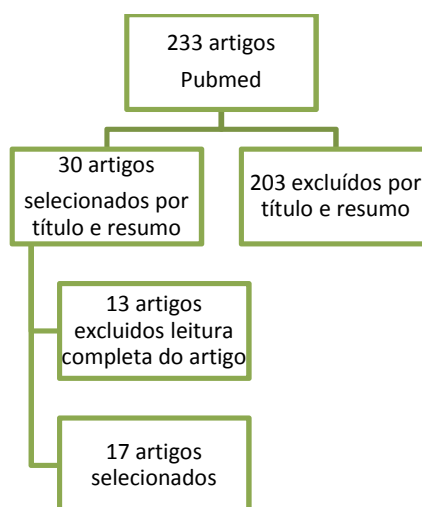
O presente estudo visa descrever os achados na literatura a respeito dos grupos focais, sua utilização em pesquisa qualitativa e sua operacionalização contextual. Integrando uma revisão de literatura sobre a sua relação com instrumentos ou meios de avaliação de qualidade de vida. Com essa revisão buscamos avaliar a efetividade dos grupos focais na formação, análise e adaptação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, a fim de mostrar sua ampla utilização, bem como identificar se existem instrumentos que avaliem a qualidade de vida do trabalhador.

Método

Revisão descritiva da literatura científica, abordando temas referentes aos grupos focais e sua relação com instrumentos de avaliação de qualidade de vida.

O processo de revisão foi realizado através de uma busca na base de dados eletrônica, Pubmed, no ano de 2012, utilizando os descritores Grupos Focais (*focus groups*), Qualidade de Vida (*quality of life*) e Questionário (*questionnaire*), foram encontrados o total de 233 artigos, estes passaram por uma análise de título e resumo para então selecionar os que estavam relacionados ao tema pesquisado “o uso da técnica de grupos focais na formação, análise e adaptação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida” e que foram publicados a partir do ano de 2007. Após essa análise foram selecionados 30 artigos. Após a leitura na íntegra, foram selecionados 17 artigos. Os demais artigos, total de 203 foram excluídos por não utilizarem os grupos focais na formação, análise e adaptação de questionário, por estarem relacionando os grupos focais a outros objetivos de pesquisa ou por terem sido publicados em anos anteriores a 2007.

Figura I - Fluxograma de análise dos artigos.



Grupos Focais

Resultados e discussão.

Há ampla abrangência dos conceitos e métodos da pesquisa qualitativa com uma variedade de princípios, incorporando disciplinas de sociologia, antropologia, ciências políticas e psicológicas. Grupo focal é uma estratégia de coleta de dados que permite analisar as declarações e relatos sobre experiências e eventos, que acompanha demandas práticas e metodologias específicas para a documentação e análise dos dados.

Os grupos focais podem ser empregados, como no estudo de David S et al (2011)⁷ para identificar temas relevantes para pessoas com lesão medular [*Spinal Cord Injury*] (SCI) e os profissionais da saúde que prestam tratamento aos pacientes. Deste estudo participaram dos grupos focais 65 indivíduos com SCI, foram incluídos no estudo aqueles que tivessem sofrido lesão medular traumática com capacidade de ler e entender inglês. Para ampla representação os participantes foram alocados quanto à raça, sexo, etnia, grupo sócio econômico, garantindo uma composição heterogênea. Os profissionais foram alocados quanto ao nível de experiência em relação à SCI, os profissionais incluídos foram fisiatras, fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros. Os grupos focais foram utilizados para identificar temas relevantes para as pessoas com SCI através de discussões semi-estruturadas, fornecendo regras básicas e tópicos para discussão. Os participantes foram incentivados a discutir experiências e problemas que afetam a sua qualidade de vida, bem como avaliar uma área de domínio do instrumento *Neuro-qol (Quality of Life in Neurological Disorders)*, tais como saúde física, saúde emocional, ou participação social. Os grupos comentaram a estrutura do conteúdo, os itens de relevância e a importância para SCI. A saturação dos dados foi utilizada como um método para garantir que todos os temas fossem identificados. Os resultados da análise qualitativa foi organizado para categorizar os dados e esclarecer as metas de identificação dos domínios e subdomínios que seriam incluídos do instrumento. Os resultados da análise qualitativa e o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) foram usados pelos pesquisadores como base para o quadro de domínio o *PROMIS*

(*Patient Reported Outcomes Measurement Information System*) e *NEURO-QOL* (*Quality of Life in Neurological Disorders*) testando a hipótese de que a saúde física, saúde emocional e participação social determinaram os domínios importantes.

Xavier Badia et al (2007)¹⁷ utilizaram grupo focal na formação do Questionário de Qualidade de Vida Relacionado à Saúde (QVRS) em Pacientes com Fibrilação Atrial (AF) (AF QOL-18). Após o levantamento dos sintomas relacionados à AF, avaliados por 3 cardiologistas, foi construído uma lista de domínios de QVRS em AF, baseado em suas práticas clínicas. O grupo focal discutiu os aspectos identificados anteriormente, formando um roteiro de base para a entrevista com os pacientes. Em seguida foram entrevistados 17 pacientes com AF em 3 hospitais espanhóis em Bilbao e Madri. Os domínios identificados com maior impacto sobre a QVRS foram características físicas, psicológicas, sociais, atividades diárias, sintomas, batimentos cardíacos, cognitivo, percepção da saúde, sexualidade, energia, vitalidade e qualidade do sono. Os autores relatam que os resultados obtidos em termos de números de itens adequados de aferição serão avaliados em estudos de validação prospectivos.

Kathryn E. Flynn et al (2011)⁹ alocaram participantes para os grupos focais, através de convites enviados aos pacientes do registro de pessoas com tumor da Duke University, USA. Deste estudo participaram pessoas com 18 anos ou mais, com diagnóstico de câncer, capazes de falar inglês. Os participantes foram selecionados intencionalmente quanto ao local do tumor, trajetória de tratamento, sexo, raça e nível de ensino, totalizando 16 grupos focais, cada um com 12 participantes. Onze grupos incluíram pacientes recentemente diagnosticados ou em tratamento (tumores de mama, próstata, pulmão, colo retal, ginecológico ou outros tipos). Outros cinco grupos foram incluídos no pós-tratamento ou acompanhamento de tumores de próstata, mama e ginecológico. As entrevistas foram realizadas com de um roteiro semi-estruturado desenvolvido pelo comitê de especialistas de domínio, baseado em revisão de literatura e experiência clínica. O objetivo da utilização dos grupos focais foi desenvolver um resumo qualitativo do funcionamento sexual durante e após o diagnóstico e tratamento do câncer para avaliar o impacto do funcionamento sexual na qualidade de vida dos indivíduos. Os grupos focais contextualizaram múltiplos fatores que afetam o

funcionamento sexual, mostrando o quão importante era na intimidade das pessoas. Os autores concluem que, tanto para homens quanto mulheres a atividade sexual era menos importante que a questão mortalidade.

Karis K. F. Cheng et al (2007)⁶ realizaram estudo para avaliação de qualidade de vida em 2 hospitais universitários e um hospital regional em Hong Kong, com 23 sujeitos, 11 do sexo masculino e 12 do sexo feminino, expostos a altas doses de quimioterápicos, considerados de alto risco para a mucosite orofaríngea (OM). Todos eram maiores de 18 anos, com diagnóstico de neoplasia hematológica ou tumores sólidos, capazes de compreender o estudo. A abordagem do desenvolvimento da OM QOL utilizou a combinação de geração de itens empíricos e seleção de itens teóricos. A OM em pacientes foi determinada pela discussão do grupo focal e revisão de conteúdo especializado, os autores referem que as análises das entrevistas geraram 63 itens para a primeira versão do OM QOL.

Brent K. Hollenbeck et al (2008)⁴ utilizaram o grupo focal constituído de 7 pacientes derivados de três áreas da cirurgia (urológica, cirurgia geral e obstétrica), abordando diferentes conceitos à respeito da recuperação pós-operatória. Nos encontros do grupo focal foram abordados 5 temas chaves para a definição do conceito de recuperação: caracterizando os sintomas de recuperação, identificando os obstáculos de recuperação, descrevendo os efeitos em outros aspectos da vida e tempo de recuperação.

Outro estudo utilizou dois grupos focais com 79 pacientes e 28 profissionais para descrever o impacto da osteoartrite na Qualidade de Vida (QV). O conceito geral do *Osteo Arthritis of Knee and Hip Quality-Of-Life (OAKHQOL) scale* foi construído com base na definição da OMS de QV e de acordo com a opinião dos especialistas. Alguns itens não dizem respeito à QV, mas à satisfação com os cuidados. O objetivo do estudo foi de construir um questionário auto-administrado, para avaliação da Qualidade de Vida em pacientes com osteoartrite, sendo composto e finalizado com 43 itens¹.

Jan D. Hirsch et al (2008)¹¹ conduziram 2 grupos focais para avaliar o impacto da gota na qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS), o efeito dessa na vida diária do paciente, bem como determinar os domínios das perguntas do *Gout Assessment Questionnaire (GAQ - 2.0)*. O GAQ 2.0 é um instrumento para

medir o impacto da gota na QVRS. Exibindo confiabilidade aceitável e de validade. Estudos futuros deverão avaliar a resposta do impacto da gota, e as propriedades psicométricas em outras populações de pacientes.

Linda M. Frazier et al (2009)¹² realizaram grupos focais com amostras de 26 e 29 pacientes, para avaliar os efeitos e limitações físicas ocasionadas e relacionadas pelo câncer. Para isso, selecionaram pessoas sobreviventes de câncer ginecológico e pessoas que lhes dão apoio psicossocial. As mulheres forneceram um forte senso de realização e uma distração bem vinda durante o tratamento. A experiência de trabalho foi descrito como distinta da função do papel em casa e ninguém correlacionou que trabalhando mais horas, teria melhor qualidade de vida. O apoio social no trabalho parece ser pobre, ao mesmo tempo em que o apoio da família e dos amigos tornou-se mais forte. A contribuição para a qualidade de vida que os sobreviventes de câncer recebem no trabalho não pode ser linearmente relacionada com a quantidade da sua função no trabalho.

Richeal Ni Riordain et al (2011)¹⁴ utilizaram cinco grupos focais com 22 participantes, com condições crônicas da mucosa oral da faculdade de Cork E Hospital. Os participantes foram selecionados por critério de intencionalidade e os grupos focais foram agrupados com relação ao sexo, idade, condições crônicas da mucosa oral, tempo de diagnóstico e severidade. Para o auxílio na estruturação e análise dos dados da pesquisa, as transcrições foram organizadas no Nvivo Software de análise de dados (versão 8, 2008; QSR INTERNATIONAL PTY, CAMBRIDGE, MA, EUA). Em seguida foram selecionados itens a partir de temas encontrados e do conteúdo das transcrições, preenchendo os seguintes critérios: relevantes para o modelo LOCKER de saúde bucal, aplicável a todos os possíveis respondentes e que não apresentassem ambiguidade.

Andrew M Garratt et al (2008)¹⁰ realizaram grupo focal com 35 participantes, que apresentavam lesão no joelho. Os participantes foram selecionados intencionalmente para compor uma amostra estratificada em relação ao sexo, idade, gravidade, condições meniscais e ligamentares. As entrevistas foram realizadas em dois centros, Candiff e York. Os grupos eram compostos de médicos e pacientes, sendo projetados para avaliar a validade, o conteúdo e a importância de aspectos relevantes à saúde e qualidade de vida. A análise das transcrições das entrevistas produziu um instrumento com 38 itens.

A decisão sobre quando utilizar grupos focais ou entrevistas individuais precisa ser avaliada quanto ao contexto de cada estudo a ser realizado. Robin F Pokrzywinski et al (2009)¹⁵ utilizaram o método de estudo misto para construção do Instrumento de Escala de Impacto da Asma no Sono (CASIS), que foi desenvolvido em três etapas: pesquisa qualitativa para identificar a estrutura conceitual e itens de medidas, entrevistas cognitivas para garantir a compreensão do paciente e, a análise psicométrica para avaliar a confiabilidade e validade. Cada etapa foi realizada nos EUA e no Reino Unido. Para análise qualitativa foram conduzidos 4 grupos focais, dois entre pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e dois com Asma. As entrevistas individuais foram realizadas no Reino Unido com 43 pacientes com DPOC e 55 com Asma. Finalizou-se o instrumento com 20 itens gerados com base direta na análise do conteúdo dos comentários, conceitos referentes aos sintomas noturnos reclamados pelos pacientes.

Sui-Zan Zhou et al (2009)¹⁸ utilizaram métodos mistos para avaliação de qualidade de vida (QV) Pós-parto, construído em três fases: geração e desenvolvimento de itens, modificação de itens e seleção de itens. A primeira fase foi utilizada para atingir a validade destinada ao domínio do conteúdo, sendo utilizados métodos qualitativos (entrevista aprofundada individual, entrevista de conteúdo focado, discussão em grupo). Ao final foi formado um questionário auto administrado com 60 itens divididos em domínios (cuidados infantis, função física, função psicológica e apoio social).

Um dos propósitos da amostragem em pesquisa qualitativa é refletir sobre diversidades dentro do grupo ou da população em estudo, para isso, os pesquisadores utilizaram grupos focais para construção de um questionário de qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) de doenças específicas para crianças com Doença Celíaca (CD), avaliando as experiências de crianças com CD e seus pais. Assim foram incluídas crianças que realizaram pelo menos uma biópsia de intestino delgado mostrando alterações histológicas. Participaram do estudo 52 pacientes selecionados aleatoriamente da Sociedade Holandesa de Doença Celíaca e seus pais. Os participantes contribuíram para a construção do CD¹⁶.

S. D. Dorn et al (2010)⁸ promoveram um estudo que envolveu uma série de grupos focais selecionados de uma comunidade de apoio a pessoas com doenças celíacas (WESTCHESTER NY). Os participantes foram alocados para gerar itens relacionados à natureza específica e o impacto da sua doença, em seguida foi desenvolvido um estudo para avaliar as propriedades, psicométricas do CD-col.

O *Functional Impact of Insomnia (IFC)* foi desenvolvido e avaliado em três etapas: A primeira com pesquisa qualitativa com grupos focais, a segunda composta pela revisão de literatura e posterior opinião de especialistas para gerar um conjunto de itens para um projeto de questionário, seguido de avaliação psicométrica e entrevista cognitiva. Os principais dados para construção do IFC foram obtidos nos 5 grupos focais, selecionados de consultórios médicos. A partir dos resultados dos grupos focais, pesquisa de literatura e consultoria de especialistas, foi criada uma versão preliminar com 50 itens, que foram significativos e relevantes para avaliar o impacto da insônia nos Estados Unidos³.

A OMS recomenda metodologia específica para a validação de instrumentos da família WHOQOL. Uma versão já desenvolvida para o português brasileiro de QV em Porto Alegre, que, no entanto traz as diferenças de linguagem e os diferentes contextos culturais, levou a necessidade de desenvolver uma versão para o português Europeu. Para o desenvolvimento das facetas foram utilizados grupos focais, objetivando validar a estrutura geral do WHOQOL-100, no contexto e na cultura e permitindo sua avaliação. Foram formados 4 grupos focais, oriundos da população em geral com pessoas com algum tipo de contato com serviços de saúde, profissionais da saúde e profissionais de psicologia⁵.

C. Morris et al (2008)¹³ utilizaram grupos focais para identificar o ponto de vista de crianças afetadas por problemas no pé e tornozelo. Os grupos foram alocados e separados por idade das crianças 5-7 anos, 8-11 anos, 12-15 anos e também separados em grupos de pais, os temas identificados pelos grupos foram: atividades específicas que eram mais difíceis, sintomas físicos, participação reduzida em certas situações da vida e autoconsciência.

Conclusão

A literatura analisada na presente revisão indica o grupo focal como método de formação, análise de instrumentos de qualidade de vida e para estabelecer validade de conteúdo nas diversas populações, faixas etárias, etnias e patologias estudadas. Sendo um importante método para o processo, no qual nos propomos, que é o de construir uma ferramenta/instrumento específico para avaliar a qualidade de vida do trabalhador, uma vez que há literatura indicando o grupo focal como uma abordagem metodológica para tal finalidade.

Referências.

1. Anne-Christine Rat Jp, Francis Guillemin, Michele Baumann, Nathalie Retel-Rude Esajlc: **Content of quality-of-life instruments is affected by item-generation methods** In *International Journal for Quality in Health Care*;, vol. Volume 19 pp. 390–398; 2007.
2. Barbour R: *Grupos Focais*. bookman: artmed; 2009.
3. Bell C, McLeod LD, Nelson LM, Fehnel SE, Zografos LJ, Bowers B: **Development and psychometric evaluation of a new patient-reported outcome instrument measuring the functional impact of insomnia**. *Qual Life Res* 2011, **20**:1457-1468.
4. Brent K, Hollenbeck R, Dunn J, Stuart W Jr M, Sanda D, Wood S M G, et al: **Development and validation of the convalescence and recovery evaluation (CARE) for measuring quality of life after surgery** In *Qual Life Res*, vol. 17:915–926; 2008.
5. Canavarro MC, Serra AV, Simões MR, Rijo D, Pereira M, Gameiro S, et al: **Development and psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100) in Portugal**. *Int J Behav Med* 2009, **16**:116-124.
6. Cheng KK, Leung SF, Thompson DR, Tai JW, Liang RH, Kan AS, et al: **New measure of health-related quality of life for patients with oropharyngeal mucositis: development and preliminary psychometric evaluation**. *Cancer* 2007, **109**:2590-2599.
7. David S. Tulskey P, Pamela A. Kisala, David Victorson, Denise Tate, Allen W. Heinemann P, Dagmar Amtmann, et al: **Developing a Contemporary Patient-Reported Outcomes Measure for Spinal Cord Injury** In *Arch Phys Med Rehabil*, vol. Vol 92,; 2011.
8. Dorn SD, Hernandez L, Minaya MT, Morris CB, Hu Y, Leserman J, Lewis S, et al: **The development and validation of a new coeliac disease quality of life survey (CD-QOL)**. *Aliment Pharmacol Ther* 2010, **31**:666-675.
9. Flynn KE, Jeffery DD, Keefe FJ, Porter LS, Shelby RA, Fawzy MR, et al: **Sexual functioning along the cancer continuum: focus group results from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®)**. *Psychooncology* 2011, **20**:378-386.
10. Garratt AM, Brealey S, Robling M, Atwell C, Russell I, Gillespie W, et al: **Development of the knee quality of life (KQoL-26) 26-item questionnaire: data quality, reliability, validity and responsiveness**. *Health Qual Life Outcomes* 2008, **6**:48.
11. Hirsch JD, Lee SJ, Terkeltaub R, Khanna D, Singh J, Sarkin A, et al: **Evaluation of an instrument assessing influence of Gout on health-related quality of life**. *J Rheumatol* 2008, **35**:2406-2414.
12. Linda M. Frazier M, Virginia A. Miller, , Douglas V. Horbelt, James E. Delmore BEM, and Ellen P. Averett: **Employment and Quality of Survivorship Among Women With Cancer: Domains Not Captured by Quality of Life Instruments** In *Cancer Control*, vol. 16(1): 57–65.; 2009, january.
13. Morris C LK, Wright P, Fitzpatrick R.: **Development of the Oxford ankle foot questionnaire: finding out how children are affected by foot and ankle problems**. In *Child Care health Dev* 2007 Sep;33(5):559-68: Pub Med for MEDLINE; 2007.
14. Ni Riordain R, Meaney S, McCreary C: **A patient-centered approach to developing a quality-of-life questionnaire for chronic oral mucosal diseases**. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011, **111**:578-586, 586.e571-572.

15. Pokrzywinski RF, Meads DM, McKenna SP, Glendenning GA, Revicki DA: **Development and psychometric assessment of the COPD and Asthma Sleep Impact Scale (CASIS)**. *Health Qual Life Outcomes* 2009, **7**:98.
16. van Doorn RK, Winkler LM, Zwinderman KH, Mearin ML, Koopman HM: **CDDUX: a disease-specific health-related quality-of-life questionnaire for children with celiac disease**. In *J Pediatr Gastroenterol Nutr. Volume 47*. United States; 2008: 147-152
17. Xavier Badia FA, Jose Miguel Ormaetxe, Rafael Peinado, Terreros aMSdl: **Development of a questionnaire to measure health-related quality of life (HRQoL) in patients with atrial fibrillation (AF-QoL)** In *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 5:37; 2007.
18. Zhou SZ, Wang XL, Wang Y: **Design of a questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women (PQOL) in China**. *Qual Life Res* 2009, **18**:497-508.

7. ARTIGO CIENTÍFICO I PORTUGUÊS.

CONSTRUÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR, A UTILIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL DE EXPERTS NA ELABORAÇÃO.

Comel, JC^{1,2,3}; da Rocha, NS¹; Santos, AC^{1,2,3}; Nery, RM^{1,2,3}; Martini, RM^{1,2,3}; Vidor, CR^{1,2,3}; Stefani, MA¹.

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
2. Serviço de Fisiatria – Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA
3. Núcleo de Inovação e transferência de tecnologia em LER/DORT – NITT-LER/DORT

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o processo de desenvolvimento do instrumento de avaliação de qualidade de vida do trabalhador e relatar os achados da pesquisa realizada com grupo focal de experts para formação dos domínios e facetas geradores das questões.

MÉTODOS: Abordagem qualitativa utilizando um grupo de profissionais experts em saúde do trabalhador, opinando sobre temas que na concepção do grupo são necessárias para avaliar a qualidade de vida do trabalhador de forma específica. Foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin para a geração dos conceitos/categorias.

RESULTADOS E CONCLUSÕES: Os resultados produzidos contemplaram de uma forma abrangente os temas referentes a qualidade de vida do trabalhador. A técnica de grupo focal mostrou-se adequada para captar as diferentes opiniões, permitindo que fossem analisados, ampliados e redimensionados os conceitos sobre qualidade de vida do trabalhador, tornando-se um passo fundamental para a fase formadora dos conceitos, uma vez que estes serão à base para a geração de questões da ferramenta final de avaliação de qualidade de vida do trabalhador.

Descritores: Questionário, Qualidade de vida do trabalhador, Construção

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the development of a psychometric instrument for quality of working life assessment and report the findings of an expert focus group convened for definition of item-generating domains and sub-domains (facets).

METHODS: This was a qualitative study. A group of occupational health experts provided opinions on themes believed to play an essential role in the specific assessment of quality of working life. Laurence Bardin's content analysis methods were used for concept and category generation.

RESULTS AND CONCLUSIONS: The results of this experiment covered topics relevant to quality of working life in a comprehensive manner. The focus group technique proved adequate for capturing expert opinions, enabling evaluation, expansion, and resizing of concepts relative to quality of working life and thus constituting an essential step for the concept-generation stage of instrument development. These concepts, in turn, shall serve as a foundation for item generation for the final version of the proposed quality of working life questionnaire.

Keywords: Questionnaire, Quality of working life, Construction

Keywords: Questionnaire, Quality of life of the worker, Construction

INTRODUÇÃO

A pesquisa sobre qualidade de vida do trabalhador pode ser considerada uma ramificação do estudo da qualidade de vida geral, ao passo que a organização do trabalho está ligada as atividades laborais, sendo o fator determinante para este desfecho. Uma vez que o interesse em avaliar a qualidade de vida (QV) tem aumentado circunstancialmente e cada vez mais é utilizada por profissionais da saúde e das mais diversas áreas e campos de interesse[1], fornecendo meios para avaliar de forma mais precisa os benefícios e ou danos resultantes em uma determinada população. Além disto, os avanços tecnológicos conquistados pela medicina fazem com que as medidas tradicionais de morbimortalidade se tornem insuficientes para descrever as necessidades e expectativas da população, quando acometidas por enfermidades, bem como para a definição de tratamentos e, ou políticas de saúde[2].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida não só como a ausência da doença, mas também a presença de um bem estar físico, mental e social, incluindo a percepção do indivíduo em sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações[3 4].

A qualidade de vida no trabalho é discutida e pesquisada, uma vez que tornou-se objeto de interesse crescente de dirigentes, gestores, trabalhadores, profissionais das ciências do trabalho e pesquisadores[5]. A terminologia “qualidade de vida no trabalho” tem sido largamente difundida nos últimos anos, abrangendo uma série de práticas, tais como: programas de qualidade total que enfatizam os aspectos individuais do trabalhador, melhorias de condições e do ambiente de trabalho, melhores condições de trabalho, satisfação e elementos econômicos[6]. Porém métodos que avaliem e apresentem um conceito definitivo e que contemplem a qualidade de vida do trabalhador de uma forma complexa e geral, ainda não foram formados e padronizados até o momento.

O reconhecimento do direito de que todos os seguimentos da população devam ter acesso às informações necessárias para poder realizar a tomada de decisão e avaliação de programas de saúde, ressalta a formação de um instrumento científico e metodológico, que permita a aproximação da população em verificar e avaliar experiências, idéias ou eventos, o modo como definem um problema e quais suas opiniões. Para isso a técnica de grupo focal utilizada em pesquisa qualitativa, representa o objeto do estudo, sendo utilizado internacionalmente para estruturação de ações diagnósticas e levantamento de problemas[7].

O grupo focal é como estratégia de pesquisa, muito utilizado para a fase preliminar de desenvolvimento de itens para inclusão, adaptação e no desenvolvimento de questionários, fornecendo um embasamento metodológico e científico[8]. Os métodos qualitativos de pesquisa são úteis para buscar entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Assim sendo, eles permitem a observação de vários elementos simultaneamente em pequenos grupos, proporcionando um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos. Possibilitando trabalhar com um elevado número de questões/assuntos, com um reduzido grupo de pessoas, o qual é formado com

critério previamente definido, conforme os objetivos a serem estudados[9]. Os dados obtidos no presente estudo servirão de resposta aos aspectos oriundos dos processos de interação grupal, atendendo as finalidades exploratórias servindo de subsídios para a criação de itens de um instrumento (escalas, questionários) e para a realização de pré-testes.

A opção pela realização da técnica de pesquisa qualitativa com grupo focal teve como objetivo coletar dados a partir de atitudes, opiniões, percepções e comportamentos relativos à saúde e qualidade de vida do trabalhador, a partir de fatos apontados e discutidos pelo grupo de experts em, tornando-se o primeiro passo, para a realização do construto de um questionário/ferramenta específico para avaliação da qualidade de vida do trabalhador.

MÉTODO

Revisão da literatura e Desenvolvimento do módulo Qualidade de vida do trabalhador

Os modos de como os trabalhadores vêm adoecendo e morrendo, o aumento da prevalência das lesões por esforço repetitivo (LER), os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e os adoecimentos por estresse, relacionados à fadiga física e mental[10], demonstram a falta da construção de políticas integradas, que sejam capazes de orientar linhas de ações e implementações para auxiliar tanto no campo científico, quanto público, quanto no privado [11]. Além disso, constata-se a necessidade do uso de ferramentas específicas para avaliar um complexo contexto que é o da qualidade de vida do trabalhador.

Para tanto um grupo de pesquisadores em LERDORT, reuniu-se para realizar buscas na literatura científica, com o intuito de produzir uma síntese dos principais aspectos ou temas, definição de um conceito de qualidade de vida para trabalhadores e também dos instrumentos existentes e já validados, assim dando início a presente pesquisa.

Após o grupo de pesquisadores discutiu os principais temas que na sua visão e no seu entendimento eram pertinentes e referentes ao tema em estudo, já

que em outros estudos que avaliam a qualidade de vida, esse conceito em específico é avaliado de uma forma genérica e que não contemplava os objetivos pesquisados, essa reunião deu origem ao primeiro material norteador para discussão, que responderá ao objetivo da pesquisa.

Grupos focais a partir das definições

As discussões nos grupos focais foram conduzidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sendo um passo central na coleta de informações específicas para a saúde e qualidade de vida do trabalhador. O objetivo desta etapa foi produzir itens, revisar, modificar e construir as definições dos domínios e das facetas propostas pelo painel dos experts, que sejam importantes à qualidade de vida do trabalhador.

O grupo foi composto por um médico fisiatra, dois médicos psiquiatras, dois médicos do trabalho, um fisioterapeuta, dois educadores físicos e um técnico em segurança do trabalho. Na constituição do grupo focal, foram priorizados que todos os participantes convidados tivessem experiência em saúde e qualidade de vida do trabalhador.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Científica e Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS, sob o número 100575, sendo que todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado para participar da pesquisa.

Discussão nos grupos focais

a) Dinâmica na condução do grupo focal

Convidados a participar os experts em saúde do trabalhador assinavam um termo de consentimento Informado e então se dava início a discussão do grupo focal, com o coordenador/moderador dando as boas vindas e as instruções referentes à forma e aos objetivos da reunião, além de uma breve descrição da dimensão do projeto a todos os participantes. Também eram acompanhados por um observador que avaliava o comportamento e as interações dos participantes e realizava anotações que lhe eram pertinentes a respeito da pesquisa.

A discussão começava a partir da leitura do material que foi utilizado como norteador da reunião. Esse era definido por um roteiro de perguntas relacionadas

ao tema a partir de um documento formado pela revisão de literatura de outros instrumentos já existentes. O grupo de experts era estimulado a analisar ativamente o conteúdo, de forma que discutissem em que medida os atuais instrumentos e suas definições não contemplavam com os objetivos do estudo, com as definições e tipos de questões já existentes nos instrumentos (*WHOQOL*[12], *SF36*[13], *FIQ*[14], *WLQ*[15], *NMQ*[16]).

No encerramento da discussão de cada assunto levantado pelo coordenador/moderador, o grupo era questionado sobre a importância do tema em estudo e também se sentiam-se em condições para seguir adiante. Ao final das reuniões o coordenador questionava diretamente o grupo sobre a necessidade de acrescentar novos temas referentes à qualidade de vida do trabalhador.

b) Constituição dos grupos focais e da equipe de trabalho

Foram realizadas para essa fase duas reuniões com o grupo focal com profissionais da saúde que eram experts em saúde do trabalhador.

A escolha e alocação dos profissionais para compor o grupo baseou-se na experiência de cada um dos profissionais que trabalhavam com saúde do trabalhador, nos departamentos de Medicina Ocupacional, Psiquiatria e Fisiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os profissionais foram selecionados por meio de contato telefônico, que os mesmos sugeriam de acordo com sua disponibilidade quando a realização da atividade de grupo focal.

Foram realizadas duas reuniões com o grupo de expert's nas dependências do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na sala de reunião do Centro de Pesquisa de Psiquiatria, nos dias 07 e 12 de julho de 2011, as reuniões tiveram duração média de uma hora e trinta minutos. Após o término das reuniões foi iniciada a fase de transcrição, análise dos dados, categorização e sumarização para posterior construção dos conceitos e das facetas para o construto do instrumento. Sendo que este será analisado em conjunto com grupos focais de trabalhadores de diferentes setores da atividade econômica (FONTE RAIS)[17]. Para então ocorrer à finalização da fase de construto e posterior validação do instrumento.

ANÁLISE DOS RESULTADOS DO GRUPO FOCAL

Após a análise do conteúdo, contemplado pelas etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e a interpretação, segundo o método de análise de conteúdo de Bardin (2004)[18]. Adotou-se a organização de formação de unidades de registros para formação das categorias, após a construção de categorias intermediárias e finalizando os temas oriundos das discussões do grupo focal de experts, os resultados obtidos estão descritos a diante.

A seguir são sintetizados os achados relevantes a partir das discussões dos grupos focais. Estas foram geradas pela análise de conteúdo do grupo focal de experts e definidas como facetas/conceitos para geração das questões que serão validadas em estudo a posteriore.

Tabela 1 – Domínios e Facetas produzidas a partir da reunião de experts em saúde do trabalhador

<p>I – Domínio Físico</p> <p>Qualidade de vida do trabalhador Saúde do trabalhador Saúde física Sono Dor Tratamento de saúde Capacidade de desempenhar o trabalho Estar doente Relação sexual Atividade física Uso de drogas</p>	<p>III – Domínio psicológico</p> <p>Satisfação Prazer Respeito Esgotamento Problemas emocionais Problemas pessoais Aparência física e imagem corporal Relações interpessoais</p>
<p>II – Domínio ambiente</p> <p>Ambiente de trabalho Jornada de trabalho Risco e informações do trabalho Concentração no trabalho Problemas do trabalho</p>	<p>IV – Domínio Social</p> <p>Atividade de vida diária Transporte Educação Condições sociais Alimentação</p>
	<p>V – Domínio trabalhador</p> <p>Remuneração Trabalhador/ atividade ocupacional Progresso e reconhecimento profissional Estabilidade</p>

Após a análise do conteúdo das discussões do grupo de experts, os resultados são descritos e categorizados a seguir.

I. Domínio Físico:

Qualidade de vida do trabalhador:

O grupo focal de experts definiu o conceito de qualidade de vida do trabalhador, a partir da junção principalmente de três dimensões, a satisfação com a sua vida em geral, ter boa remuneração e ter boa saúde/não estar doente.

Saúde do trabalhador:

Essa faceta consiste na influenciada do trabalho na saúde do trabalhador e também a influencia da saúde do trabalhador no seu trabalho. Sendo composta pelos aspectos físicos (ex: sono, cansaço físico, dor), emocionais ou psicológicos (Ex: ansiedade) e ambientais que podem afetar a vida social além do local de trabalho.

Saúde física:

O grupo de experts definiu essa faceta pela forma/atitude em que o trabalhador executa suas tarefas do ponto de vista físico. A saúde física destacada pelos experts, engloba aspectos como a capacidade (força e disposição) de realizar suas atividades, suas posturas no trabalho (ex.: em pé, sentado e/ou alterando posições) e seus movimentos (movimentos repetitivos, força excessiva) durante as atividades de trabalho desenvolvidas.

Sono:

O sono foi caracterizado pelo período de descanso noturno e também pela cesta diurna. Podendo ser influenciado/afetado pelo trabalho desenvolvido (ex: perda de sono, dormir número de horas insuficientes), e/ou o trabalho poder ser afetado pela má qualidade do sono.

Dor:

O grupo de experts definiu a faceta dor como um sintoma subjetivo referido pelo trabalhador referente à sua jornada de trabalho, estando relacionado à: intensidade da dor, tempo que sente a dor, atividades que causam maior dor, causas da dor e início da dor e as diferentes sensações entre a dor sentida em casa e no ambiente de trabalho. Os experts também apontaram a possibilidade do trabalhador sentir dor que não é relacionada com o ambiente de trabalho, mas que pode influenciar nas suas atividades.

Tratamento de saúde:

Para o grupo de experts tratamento de saúde consiste em todos os meios que o trabalhador utiliza para melhorar sua saúde (Ex: consultas, tratamento medicamentoso, fisioterapia, pilates, massagem) e o tempo em que foi realizado, ou que realiza o tratamento.

Capacidade de desempenhar o trabalho:

O grupo de experts definiu a capacidade de desempenhar o trabalho como sendo, o quanto o trabalhador consegue estar à disposição para auxiliar nas atividades de outros colegas. E se esta disponibilidade lhe deixa satisfeito.

Estado de doença / estar doente:

Essa faceta foi definida como o trabalhador não estando doente ser sinônimo de ter qualidade de vida.

Relação sexual:

Para o grupo de experts essa faceta foi definida como a interferência que as atividades ou tarefas do trabalho exercem sobre a vida sexual do trabalhador.

Atividade física:

Os experts definiram essa faceta pela prática regular de atividade física (Ex: caminhadas, exercícios, academia) e os benefícios que são proporcionados na qualidade de vida do trabalhador.

Uso de drogas:

Para o grupo de experts essa faceta é definida pelo impacto que o uso de drogas lícitas (Ex: álcool e fumo) e ilícitas (Ex: maconha, cocaína e crack) na saúde e na sua qualidade de vida do trabalhador.

Energia:

A faceta energia foi definida pela capacidade que o trabalhador tem para realizar as atividades do seu trabalho. E se ao final da sua jornada de trabalho, o trabalhador ainda possui energia ou está cansado para as atividades do seu dia a dia.

II. Domínio psicológico:**Satisfação/prazer:**

Essa faceta foi definida pelo sentimento (prazer, valorização e satisfação profissional) que o trabalhador tem/possui em relação às atividades que realiza e também pela satisfação com a sua remuneração.

Respeito:

O grupo de experts definiu essa faceta como o sentimento de o trabalhador ser respeitado no ambiente de trabalho pela atividade realizada. Também o fato de o trabalhador ser respeitado mesmo em condições de estar doente e não possuir as melhores condições de realizar suas tarefas.

Esgotamento:

Esta faceta é definida pelo quanto o trabalho deixa o trabalhador exausto emocionalmente (Ex: abatido, deprimido e sem disposição) para a realização de outras atividades.

Problema emocional:

Essa faceta foi definida como um problema de ordem emocional, próprio da pessoa, que causa interferência no trabalho realizado. (Ex: um trabalhador apresenta dificuldade de trabalhar o número de horas exigidas, ou que está com dificuldade de iniciar o trabalho no início do dia). O trabalho pode ser também o causador do problema.

Problemas externos pessoais:

Essa faceta foi definida como os problemas relacionados a fatores pessoais, que perturbam a realização das atividades relacionadas no trabalho (EX: o não cumprimento de tarefas) e o quanto isso altera a sua qualidade de vida.

Aparência física/ imagem corporal:

O grupo de experts definiu aparência física/imagem corporal como a importância da sua aparência, perante a atividade realizada e, se esta lhe traz sentimentos positivos e, ou negativos frente às atividades executadas.

Relações interpessoais:

Essa faceta foi definida pelo quanto satisfeito o trabalhador está com as relações interpessoais (Ex: colegas, chefia e subordinados).

III. Domínio Ambiente:

Ambiente de trabalho/local de trabalho:

Para o grupo de experts foi definido como a estrutura (ambiente) onde o trabalhador exerce suas funções, apresentando diferenças quanto ao local (podendo o trabalhador exercer sua função em casa, como também no ambiente de trabalho dentro da empresa, ou trabalhando como *freelancer*), apresentando sentimentos de prazer, mesmo que o ambiente não lhe permita boas condições de trabalho e existam diferenças entre o comportamento nos locais de trabalho. Compreendendo também as relações interpessoais.

Jornada de trabalho:

Essa faceta foi definida como o número de horas que o trabalhador realiza nas suas diferentes tarefas em casa e/ou no local de trabalho, podendo esse trabalhador ter mais de um trabalho. Ressaltando que alguns trabalhadores possuem dupla jornada, além do trabalho remunerado (Ex: mulheres conciliam o trabalho doméstico com o profissional), estando este(a) satisfeito(a) ou não com o trabalho.

Riscos / informações do trabalho:

Essa faceta foi definida pelas informações que o trabalhador recebe em relação aos fatores de risco que poderá estar exposto. Dentre os fatores de risco os experts pontuaram: os riscos físicos (Ruídos, Vibrações, Radiações, Frio, Calor, Pressões anormais, Umidade), os riscos químicos (Poeiras, Fumos, Névoas, Neblinas, Gases, Vapores, Substâncias, compostos ou produtos químicos), os riscos biológicos (Vírus, Bactérias, Protozoários, Fungos, Parasitas, Bacilos), os riscos climáticos (frio, calor, umidade), os riscos de poluição (poeira, névoa, gases), os riscos de barulho (ruídos, sons) e os atrativos diversos (Ex: praia, pessoas) referentes ao trabalho que executa.

Concentração no trabalho:

O grupo de experts definiu como a capacidade que o trabalhador possui para manter-se concentrado no seu ambiente de trabalho, em relação a atrativos (Ex: paisagens, pessoas e barulhos)

Problemas do trabalho:

Para os experts essa faceta foi definida como sendo os problemas causados pelo trabalho que afetam o trabalhador emocionalmente (Ex: deixando-o mais deprimido), alterando o seu desempenho e a sua rotina de trabalho.

Qualidade do trabalho:

O grupo de experts definiu essa faceta pelo quanto o trabalho prestado interfere na qualidade de vida do trabalhador, tornando-o uma pessoa ansiosa e deprimida.

IV. Domínio Social:**Atividades de vida diária:**

Essa faceta foi definida a partir de quanto as atividades do trabalho (Ex: atrasos, horas extras, folgas e cansaço), interferem nas atividades de lazer e no dia a dia do trabalhador.

Transporte:

Os experts definiram a faceta transporte como todo o meio (Ex: lotação, taxi, carro, trem, metro e ônibus) que levam e trazem os trabalhadores das suas residências para o seu trabalho com tranquilidade e segurança.

Lazer / férias / feriados:

A faceta Lazer/férias/feriados foi definida como os momentos que o trabalhador usa para passear, comprar, festejar, realizar cursos e participar de congressos. E se esses momentos podem ser influenciados tanto positivamente quanto negativamente pelo trabalho e também se há influência desses momentos no ambiente de trabalho.

Educação:

O grupo de experts definiu a faceta educação, pelo quanto de incentivo (Ex: financeiro, folgas, adequação de horário) o trabalhador recebe para melhorar sua educação e sua qualificação. Também, se recebe incentivo para o seu progresso profissional.

Condições sociais:

Para essa faceta os experts definiram a partir das condições de moradia (Ex: se ele tem saneamento básico onde ele mora, se ele tem segurança no bairro dele, tem casa própria, se o poder público oferece suporte, se ele consegue ter lazer com a família) e a relação social (Ex: se é casado, tem filhos) e o quanto isso interfere na sua qualidade de vida.

Alimentação:

Os experts caracterizaram a faceta alimentação pela influencia da alimentação na saúde e na qualidade de vida do trabalhador.

V. Domínio Trabalhador:

Remuneração:

A faceta remuneração foi definida pelo rendimento em dinheiro e o progresso profissional que o trabalhador recebe pelo trabalho realizado. Os experts destacaram a importância de que o quanto é pago ao trabalhador, seja capaz de suprir/garantir as suas necessidades, ou se ainda assim, há necessidade de realizar outras atividades remuneradas.

Trabalhador/Atividade Ocupacional:

Os experts conceituaram como toda a pessoa que presta algum tipo de serviço, sendo este remunerado ou não. Relataram também que, a pessoa mesmo desempregada pode continuar trabalhando para manter suas necessidades e mesmo desempregada continua sendo considerada um trabalhador.

Progresso profissional / reconhecimento:

Os experts definiram essa faceta como o quanto o trabalhador tem de retorno (Ex: financeiro e emocional) pelo trabalho que realizou. Destacam também que o reconhecimento e a identidade da pessoa se dão pelo trabalho que ele(a) exerce.

Estabilidade:

Essa faceta foi definida como a segurança e a tranquilidade que o trabalhador tem, ou, possui em relação ao seu cargo ou atividade no emprego.

Dificuldades encontradas

Os experts apontaram dificuldades quanto à compreensão sobre o tema pesquisado, pois é um assunto amplamente discutido e comentado, mas que não há um consenso sobre o que é qualidade de vida do trabalhador.

Podendo ser demonstrado através do relato de um expert participante.

Eu to pensando em qualidade de vida, ele ta pensando em satisfação [...] A qualidade de vida em um sentido comum, é estar satisfeito com a vida. É isso? [...] porque nós estamos perguntando uma coisa que eu não sei que definição que tem... [...] é que parece que hoje quando a gente fala o que é qualidade de vida, a gente sabe o que significa, mas sinceramente eu ainda tenho dificuldade de fazer essa definição eu não sei se as pessoas têm uma idéia clara do que é qualidade de vida do trabalhador...

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As definições das facetas propostas foram elaboradas de forma a considerar os questionamentos e discursos representativos e adequados para servir como diretriz no desenvolvimento de questões a serem válidas sobre qualidade de vida do trabalhador.

A técnica de grupo focal mostrou-se adequada para captar os diferentes discursos e as opiniões dos experts. Permitindo que fossem julgadas as hipóteses dos pesquisadores, pontuando e/ou ampliando os conceitos que foram previamente estabelecidos e/ou estipulados na revisão de literatura para estabelecer o conteúdo apresentado pelos pesquisadores para as discussões grupais.

Contudo também foi evidenciada a importância da discussão sobre a importância de avaliar a qualidade de vida do trabalhador não apenas no ambiente de trabalho, mas sim de uma forma ampla e geral, diferentemente dos estudos até então publicados.

REFERÊNCIAS

1. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev. Bras. Reumatologia mar/abr, 2003; v 43.
2. M F. *Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPdA, ed. A avaliação de qualidade de vida: guia prático para profissionais de saúde*, 2008.
3. Santos AC, Bredemeier M, Rosa KF, et al. Impact on the Quality of Life of an Educational Program for the Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders: a randomized controlled trial. BMC Public Health 2011;**11**:60 doi: 1471-2458-11-60 [pii]
- 10.1186/1471-2458-11-60[published Online First: Epub Date]].
4. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;**41**(10):1403-9 doi: 027795369500112K [pii][published Online First: Epub Date]].
5. LIMONGI-FRANÇA AC. *Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas na sociedade pós industrial*. Atlas. São Paulo, 2004.
6. LACAZ FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*; v.5.
7. Lervoliino SA, Pelicioni MCF. Utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. jun 2001; V.35.
8. Barbour R. *Grupos Focais*. bookman: artmed, 2009.
9. Victora CG, Knauth DR, Hassen MdNA. *Pesquisa qualitativa em saúde; uma introdução ao tema.*, 2000.
10. Minayo CG, Machado JMH, Pena PGL. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*, 2011.
11. Minayo CG, Machado JMH, Pena PGL. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*, 2011.
12. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr., 1999:19-28.
13. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF 36 (Brasil SF36). Rev. Bras. Rerumatologia 1999; 39.
14. Marques AP, Barsante Santos AM, Assumpção A, et al. Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) Rev Bras Reumatol 2006; 46.

15. de Soárez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB, et al. Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2007; 22.
16. Pinheiroa FA, Tróccoli BT, de Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida demorbidade. Rev Saúde Pública 2002; 36.
17. Emprego MdTe. Relação Anual de Informações Sociais - RAIS. In: Emprego MdTe, ed., 2010.
18. Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo*. 3 edição ed, 2004.

8. ARTIGO CIENTÍFICO II INGLÊS.

DEVELOPMENT OF A QUALITY OF WORKING LIFE QUESTIONNAIRE: USE OF THE EXPERT FOCUS GROUP TECHNIQUE.

Comel, JC^{1,2,3}; da Rocha, NS¹; Santos, AC^{1,2,3}; Nery, RM^{1,2,3}; Martini, RM^{1,2,3}; Vidor, CR^{1,2,3}; Stefani, MA¹.

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
2. Department of Rehabilitation Medicine, Hospital de Clinicas de Porto Alegre - HCPA
3. Centre for Innovation and Technology Transfer in Repetitive Strain Injury and Work-Related Musculoskeletal Disorders – NITT-LER/DORT

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the development of a psychometric instrument for quality of working life assessment and report the findings of an expert focus group convened for definition of item-generating domains and sub-domains (facets).

METHODS: This was a qualitative study. A group of occupational health experts provided opinions on themes believed to play an essential role in the specific assessment of quality of working life. Laurence Bardin's content analysis methods were used for concept and category generation.

RESULTS AND CONCLUSIONS: The results of this experiment covered topics relevant to quality of working life in a comprehensive manner. The focus group technique proved adequate for capturing expert opinions, enabling evaluation, expansion, and resizing of concepts relative to quality of working life and thus constituting an essential step for the concept-generation stage of instrument development. These concepts, in turn, shall serve as a foundation for item generation for the final version of the proposed quality of working life questionnaire.

Keywords: Questionnaire, Quality of working life, Construction

INTRODUCTION

Research into quality of working life may be considered an offshoot of general quality of life studies, as work organization is linked to occupational activities and is the determining factor of this outcome. As interest in assessment of quality of life (QoL) has grown substantially and QoL measurement is used increasingly often by health care professionals and in a wide range of other areas and fields of knowledge [1], providing the means for more precise evaluation of benefits of harms in a certain population. Furthermore, the technical progress attained in the field of medicine means that traditional measures of morbidity and mortality are no longer sufficient to describe the needs and expectations of the population when affected by illness and to define health care interventions and health policy [2].

The World Health Organisation (WHO) defines quality of life as not merely the absence of disease, but also the presence of physical, mental, and social well-being, including the individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns [3 4].

There has been ample discussion and research into quality of working life, as it has become the object of growing interest among managers, workers, professionals involved in labour studies, and scholars [5]. The term "quality of working life" has entered widespread use in recent years and encompasses a series of practices, including total quality management programmes that stress individual worker aspects, improvement of the workplace and working environment, improvement of working conditions, job satisfaction, and financial elements[6]. Nevertheless, there is no definitive concept of quality of working life, and no standardized methods are available to evaluate it in a complex and comprehensive manner.

Recognition that all segments of the population have the right to access to the information necessary for decision-making and assessment in health care highlights the need for development of a scientifically and methodologically validated instrument that can approximate the population in the observation and assessment of experiences, ideas, and events, in how it defines an issue and in obtaining its opinions on the matter. For this purpose, we employed the focus

group technique, a qualitative research method that is widely used the world over to structure diagnostic actions and survey existing issues [7].

As a research strategy, focus groups are widely used in the preliminary stages of questionnaire development to provide a methodological and scientific framework [8]. Qualitative research methods are useful means of providing insight in to the context in which a certain phenomenon occurs. They enable simultaneous observation of various elements within small groups, providing in-depth knowledge into an event and explanations of observed behaviours, and enable assessment of a large number of questions/topics with a small group of respondents, the composition of which is chosen in accordance with predefined criteria based on the object of study[9]. The data obtained in the present study shall address aspects arising from the group interaction process, thus achieving the exploratory objective of providing inputs for the generation of items for a psychometric instrument (scales and questionnaires) and pretesting thereof.

In this study, the choice of the focus group technique was informed by the objective of collecting data on stances, opinions, perceptions, and behaviours relative to occupational health and quality of working life, as drawn from facts mentioned and debated by the invited experts. This would constitute the first stage of development of a specific instrument for assessment of quality of working life.

METHODS

Literature review and development of the Quality of working life module

The manner in which workers sicken and die and the increased prevalence of repetitive strain injury (RSI), work-related musculoskeletal disorders (WRMD), and stress-related illnesses associated with physical and mental fatigue[10] evince a lack of integrated policies that could provide guidance to actions in the scientific, public, and private spheres [11]. Furthermore, the complexity of quality of working life as a context mandates use of specific tools for assessment.

Within this context, a group of RSI/WRMD investigators conducted a review of the scientific literature seeking to produce a summary of the main aspects and topics relevant to the subject, define the concept of quality of working life, and

compile existing, validated instruments for its assessment, as the first stage of the present research project.

The investigators then discussed the main topics which they believed to be pertinent and relevant to the topic of interest, as previous studies of quality of life have assessed this concept from a generic standpoint that did not meet our research objectives. The outcome of this meeting was a pack of materials used to guide the focus group discussion stage of our study.

Focus group discussions for domain and sub-domain generation

Focus group discussions were conducted at Hospital de Clinicas de Porto Alegre and constituted an essential stage of the collection of information specific to occupational health and quality of working life. The objective of this stage was to generate items, review, modify, and construct definitions for the domains and sub-domains (facets) proposed by the expert panel as playing an important role in quality of working life.

The focus group itself comprised a rehabilitation medicine specialist, two psychiatrists, two occupational medicine specialists, one physiotherapist, two physical education teachers, and an occupational health and safety officer. In choosing the composition of the focus group, we placed substantial emphasis on the fact that all participants should have experience and expertise in the topic of occupational health and quality of working life.

This research project was approved by the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Scientific and Research Ethics Committee with judgement number 100575. All members of the focus group provided written informed consent for participation in the study.

Focus group process

a) Focus group dynamics

All experts who agreed to take part in the focus group process signed an informed consent form. Briefly, each focus group session took place as follows: the coordinator (moderator) welcomed the participants and provided instructions on the format and objectives of the meeting, as well as a brief description of the

project and its scope. Additionally, each meeting was observed by an investigator who analyzed the behaviours and interactions of participants and took notes at his or her discretion.

Each discussion began with a reading of the material that was provided to serve as a backbone for the focus group proceedings. This material consisted of a structured set of questions related to the theme as determined by a review of the literature on existing quality of working life instruments. The expert panel was encouraged to actively analyze the content of the provided material and discuss the extent to which current instruments (WHOQOL[12], SF36[13], FIQ[14], WLQ[15], NMQ[16]) and their definitions and items met (or failed to meet) the objectives of the study.

At the end of discussion of each of the topics proposed by the moderator, the group was asked to opine on the importance of the topic and whether they felt comfortable to proceed. At the end of each meeting, the moderator once again asked the group directly whether they felt any additional topics relevant to worker health should be addressed.

b) Composition of the focus groups and research team

For this stage, two meetings were held with a focus group composed of health care professionals with expertise in the area of occupational health.

The choice and allocation of the professionals invited to compose the focus group was based on their experience with occupational health. These experts worked at the Occupational Medicine, Psychiatry, or Rehabilitation Medicine services of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, and were recruited by telephone contact, as they suggested according to their availability for the focus group activities.

The expert panel convened twice at the meeting room of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Centre for Psychiatry Research, on 7 and 12 July 2011. The average duration of these meetings was 1h30min. After conclusion of the meeting stage, we transcribed the contents of each meeting, analyzed the resulting data, and categorized and summarized it for later construction of domains and sub-domains (concepts and facets) for the proposed instrument

construct, which will later be assessed in a series of focus groups comprised of workers from several sectors of the economy (FONTE RAIS)[17]. This will conclude the construction phase of instrument development, and is to be followed by instrument validation.

ANALYSIS OF FOCUS GROUP RESULTS

Content analysis comprised the following stages, as described by Bardin (2004): pre-analysis, exploration of materials, treatment of results, inference, and interpretation [18]. We adopted the recording unit method for category formation, after construction of intermediate categories and definition of the topics brought up during focus group discussions. The results of this process are described below.

The following section summarizes the relevant findings of the focus group discussion process. These findings were generated by content analysis of the focus group discussions and categorized into a typology of domains and sub-domains (facets or concepts). These, in turn, will be used to generate items for the proposed quality of working life questionnaire, which will then be validated in a later study.

Table 1 – Domains and sub-domains generated by a panel of occupational health experts

<p>I – Physical Domain</p> <p>Quality of working life Occupational health Physical health Sleep Pain Health care Ability to perform one’s duties Illness Sexual relations Physical activity Drug use Energy</p> <p>II – Environment Domain</p> <p>Workplace environment Working hours Occupational hazards and information Concentration at the workplace Issues at the workplace Quality of work</p>	<p>III – Psychological Domain</p> <p>Satisfaction Pleasure Respect Burnout Emotional issues Personal issues Physical appearance and body image Interpersonal relations</p> <p>IV – Social Domain</p> <p>Activities of daily living Transportation Education Social conditions Diet Leisure/ Vacations/ Holidays</p> <p>V – Worker Domain</p> <p>Compensation Worker/occupation Professional progress and recognition Job security</p>
---	--

Content analysis of focus group discussions yielded the following results.

VI. Physical domain:

Quality of working life:

The expert focus group defined the concept of quality of working life as, essentially, the intersection of three dimensions: overall satisfaction with life, good pay, and good health/absence of illness.

Occupational health:

This sub-domain addresses the influence of work on the worker's health, as well as the influence of the worker's health on his or her duties. It comprises physical (e.g. sleep, physical fatigue, pain), emotional, psychological (e.g. anxiety), and environmental factors that can also affect social life beyond the workplace.

Physical health:

The expert focus group defined this sub-domain as the manner/stance from which the worker discharges his or her duties from a physical standpoint. Physical health, as defined by the experts, encompasses such aspects as ability (physical capacity and willingness) to perform one's duties, postural aspects (e.g. work while standing, while seated, and/or changing positions), and movement (repetitive motions, excessive strength) during job-related activities.

Sleep:

Sleep was characterized by the period of overnight rest as well as by daytime siestas or naps. Work can influence/affect sleep (e.g. sleeplessness, insufficient sleeping hours), and/or, conversely, may be affected by poor sleep quality.

Pain:

The expert group defined the "Pain" sub-domain as a subjective symptom reported by workers in relation to their working hours, and was defined as being related to pain intensity, timing of pain, activities associated with worsening of pain, causes of pain, onset of pain, and differences between pain felt at home and pain felt at the workplace. Experts also raised the possibility that workers may experience pain that is unrelated to the workplace but may nevertheless influence one's job performance.

Health care:

The expert focus group defined “Health care” as all activities pursued by workers as a means of improving their health (e.g. visits to health care professionals, medications, physical therapy, Pilates, massage therapy), as well as the time spent on treatment.

Ability to perform one’s duties:

The expert group defined “ability to perform one’s duties” as the extent to which the worker is available to help colleagues with their duties, and whether the worker is happy with this availability.

Illness:

This sub-domain was defined as the absence of illness as a synonym of quality of life.

Sexual relations:

To the expert focus group, this sub-domain was defined as the extent to which work-related activities or duties interfere with the worker’s sex life.

Physical activity:

Experts defined this sub-domain as regular engagement in physical activity (e.g. walking, exercise, gym/fitness centre activities) and its benefits to quality of working life.

Drug use:

To the expert focus group, this sub-domain is defined by the impact of legal intoxicants (e.g. alcohol, tobacco) and illegal drugs (e.g. cannabis, cocaine/crack cocaine) on health and quality of working life.

Energy:

This sub-domain was defined by the worker's capacity to do job-related activities, and by whether the worker feels tired or still has enough energy for the activities of daily living at the end of his or her working day.

VII. Psychological domain:**Satisfaction/Pleasure:**

This sub-domain was defined by the feeling (pleasure, self-worth, professional satisfaction) elicited by the worker's activities as well as by the worker's satisfaction with his or her compensation.

Respect:

The expert group defined this sub-domain as the feeling of being respected in the workplace for one's activities, as well as by whether the worker is respected by his or her peers even when ill and not in the best condition to perform his or her duties.

Burnout:

This sub-domain was defined by the extent to which work-related activities leave the worker emotionally exhausted (e.g. dejected, depressed, listless) and thus unable to perform other activities.

Emotional issues:

This sub-domain was defined by any inner emotional issues that interfere with work-related activities (e.g. if the worker has trouble working the required number of hours or trouble starting work at the start of the day). Work may also be the cause of emotional issues.

(External) Personal issues:

This sub-domain was defined by the extent to which issues associated with personal factors hinder the performance of work-related activities (e.g. failure to complete tasks) and the extent to which this, in turn, affects quality of life.

Physical appearance and body image:

The expert group defined physical appearance/body image as the importance of one's looks to one's job and whether one's appearance elicits positive and/or negative feelings in relation to work-related activities.

Interpersonal relations:

This sub-domain was defined by the extent to which the worker is satisfied with his or her interpersonal relationships (e.g. with colleagues, bosses, subordinates).

VIII. Environmental domain:**Workplace environment:**

The expert group defined this sub-domain as the structure (environment) in which the worker carries out his or her duties, with differences depending on location (i.e. on whether the worker performs his or her duties at home, within an office space, or as a freelancer) and on whether the worker experiences pleasure

even if the workplace environment does not provide good conditions and differences exist between behaviours at and outside the workplace. Also covers interpersonal relations.

Working hours:

This sub-domain was defined as the number of hours devoted to work-related activities whether at home or at the workplace, regardless of whether the worker has one or more jobs, taking into account that some workers may work an unpaid “second shift” (e.g. women who do housework in addition to their primary occupation), and whether the worker is satisfied with his or her performance.

Occupational hazards and information:

This sub-domain was defined as the information provided to the worker with respect to the hazards and risk factors to which he or she may be exposed. The experts mentioned the following risk factors: physical hazards (noise, vibration, radiation, cold, heat, abnormal pressures, moisture), chemical hazards (dusts, fumes, mists, fog, gases, vapours, and chemical substances, compounds, or products), biohazards (e.g. exposure to viruses, bacteria, protozoa/parasites, fungi), environmental hazards (cold, heat, humidity), pollution-related hazards (dusts, mists, vapours), hazards to hearing (noise and sound), and appealing aspects (e.g. beach, people) relative to the worker’s job.

Concentration at the workplace:

The expert group defined this sub-domain as the worker’s ability to remain focused on his or her working environment despite appealing or attractive distracting factors (e.g. landscapes, people, noise).

Issues at the workplace:

The experts defined this sub-domain as consisting of work-related problems that affect the worker from an emotional standpoint (e.g. by worsening depression), thus affecting job performance and working routines.

Quality of work:

The expert panel defined this sub-domain as the extent to which the work performed interferes with the quality of working life to make the worker anxious and depressed.

IX. Social Domain:

Activities of daily living:

This sub-domain was defined as the extent to which work-related activities (e.g. tardiness, overtime, days off, fatigue) interfere with leisure time and with daily living.

Transportation:

Experts defined the “Transportation” sub-domain as any means of conveyance (e.g. minibus, taxi, car, train, underground, bus) used by workers to go home from work (and vice-versa) safely.

Leisure / Vacations / Holidays:

The Leisure / Vacations / Holidays sub-domain was defined as the time used by the worker for leisure, shopping, parties, taking classes, and attending conferences, whether this time can be influenced—positively or negatively—by work, and, conversely, whether these moments can influence the working environment.

Education:

The expert panel defined the “Education” sub-domain as the incentives (e.g. financial support, days off, flexible working hours) provided to workers for improvement of their education and qualifications, and whether incentives for continued professional development are provided.

Social conditions:

This sub-domain was defined by the expert focus group on the basis of the worker’s living conditions (e.g. availability of basic sanitation, safety of neighbourhood, whether living in rented or own premises, whether worker is on government benefits, whether worker is able to enjoy leisure time with family) and social relations (e.g. marital status, children) and the extent to which these conditions and relations interfere with his or her quality of life.

Diet:

Experts defined this sub-domain on the basis of the influence of dietary habits on health and quality of life.

X. Worker Domain:**Compensation:**

The “Compensation” sub-domain was defined as the wages paid to the worker and the professional progress he or she achieves as a result of his or her work. The expert panel highlighted the importance of assessing whether the worker’s wages are sufficient to provide for his or her needs or whether the worker needs to engage in other paid activities.

Worker/Occupation:

The experts defined a “worker” as anyone who provides some form of service, regardless of compensation or lack thereof. The experts also noted that an unemployed individual may continue to work to provide for his or her needs, and should thus continue to be regarded as a “worker” despite a lack of employment.

Professional progress and recognition:

The experts defined this sub-domain as the return (e.g. financial compensation, emotional fulfilment) on the work performed. The experts also stressed that one’s recognition and identity are a function of one’s work.

Job security:

This sub-domain was defined as the security and stability the worker enjoys in relation to his or her position of employment.

Challenges

The experts reported difficulty understanding the topic of the instrument, as, despite widespread discussion, there is no consensus as to what constitutes “worker quality of life”.

A representative report follows.

I'm thinking of quality of life, he's thinking of satisfaction [...] Quality of life in the usual sense means satisfaction with life. Is that it? [...] because we're asking something and I don't know the definition... [...] it just seems that, nowadays, when we talk about quality of life, we know what it means, but I honestly still have trouble defining it. I'm not sure whether people have a clear notion of what quality of working life means...

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

The proposed sub-domains were developed so as to account for representative questions and statements and to serve as a guideline for constituent items of a quality of working life questionnaire for later validation.

The focus group technique proved adequate to capture different expert opinions and discourse, enabling assessment of expert hypotheses, stressing or expanding on concepts established during the review of the literature as sources for the content presented to experts in the focus group.

Our findings also provide evidence of the importance of assessing worker quality of life not only within the workplace, but from a broad, general standpoint as well, contradicting previous studies.

REFERENCES

1. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev. Bras. Reumatologia mar/abr, 2003; v 43.
2. M F. *Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPdA, ed. A avaliação de qualidade de vida: guia prático para profissionais de saúde*, 2008.
3. Santos AC, Bredemeier M, Rosa KF, et al. Impact on the Quality of Life of an Educational Program for the Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders: a randomized controlled trial. BMC Public Health 2011;**11**:60 doi: 1471-2458-11-60 [pii]
- 10.1186/1471-2458-11-60[published Online First: Epub Date]].
4. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;**41**(10):1403-9 doi: 027795369500112K [pii][published Online First: Epub Date]].
5. LIMONGI-FRANÇA AC. *Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas na sociedade pós industrial*. Atlas. São Paulo, 2004.
6. LACAZ FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*; v.5.
7. Lervoliino SA, Pelicioni MCF. Utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. jun 2001; V.35.
8. Barbour R. *Grupos Focais*. bookman: artmed, 2009.
9. Victora CG, Knauth DR, Hassen MdNA. *Pesquisa qualitativa em saúde; uma introdução ao tema.*, 2000.
10. Minayo CG, Machado JMH, Pena PGL. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*, 2011.
11. Minayo CG, Machado JMH, Pena PGL. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*, 2011.
12. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr., 1999:19-28.
13. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, et al. Tradução para a lingua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF 36 (Brasil SF36). Rev. Bras. Rerumatologia 1999; 39.
14. Marques AP, Barsante Santos AM, Assumpção A, et al. Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) Rev Bras Reumatol 2006; 46.

15. de Soárez PC, Kowalski CCG, Ferraz MB, et al. Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2007; 22.
16. Pinheiroa FA, Tróccoli BT, de Carvalho CV. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida demorbidade. Rev Saúde Pública 2002; 36.
17. Emprego MdTe. Relação Anual de Informações Sociais - RAIS. In: Emprego MdTe, ed., 2010.
18. Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo*. 3 edição ed, 2004.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As definições das facetas propostas foram elaboradas de forma a considerar os questionamentos e discursos representativos e adequados para servir como diretriz no desenvolvimento de questões a serem válidas sobre qualidade de vida do trabalhador.

A técnica de grupo focal mostrou-se adequada para captar os diferentes discursos e as opiniões dos experts. Permitindo que fossem julgadas as hipóteses dos pesquisadores, pontuando e/ou ampliando os conceitos que foram previamente estabelecidos e/ou estipulados na revisão de literatura para estabelecer o conteúdo apresentado pelos pesquisadores para as discussões grupais.

Contudo, também foi evidenciada a importância da discussão sobre a essência de avaliar a qualidade de vida do trabalhador não apenas no ambiente de trabalho, mas sim de uma forma ampla e geral, diferentemente dos estudos até então publicados.

10. REFERÊNCIAS:

ADAMS, M. A. **Biomechanics of back pain**. *Acupunct Med.* 22: 178-88 p. 2004.

AIKEN L.H., C. S. P., SOCHALSKI J. & SILBER J.H. **Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction**. *Journal of the American Medical Association.* 286: 1987–1993 p. 2002.

AKERSTEDT T, W. K. J. **Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder**. *Sleep Med Clin.* 4: 257-71 p. 2009.

AKERSTEDT, T. E. A. **Sleep disturbances, work stress and work hours, a cross-sectional study**. *Journal of Psychosomatic Research.* England. 53: 741-748 p. 2002.

ALMEIDA, A. J.; MARQUES, M. A.; ALVES, N. **CARREIRAS PROFISSIONAIS: NOVOS CAMINHOS PARA AS RELAÇÕES DE TRABALHO?**

AMBROSIO, Y. E. A. **Análisis de la seguridad y salud en los aprovechamientos forestales y de corta de claras en España**. *Revista Chapingo (Serie Ciencias Forestales y del Ambiente).* 7: 55-65 p. 2001.

ANDREW P. SMITH, K. C., EMMA WADSWORTH. **Chewing gum, occupational stress, work performance and wellbeing. An intervention study**. *Appetite.* 58: 1083-1086 p. 2012.

ARGYLE, M. **The psychology of happiness**. 2. Routledge; 2 edition 2001. 288.

ASHINA M, B. L., JENSEN R, SAKAI F, OLESEN J. **Measurement of muscle hardness: a methodological study**. *Cephalalgia.* 18: 106-11 p. 1998.

ASSUNÇÃO, A.; ROCHA, L. **Doenças Osteomusculares Relacionadas com o Trabalho: membro superior e pescoço**. In: MENDES, R. (Ed.). **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003.

AUQUIER P, S. M., MENDIZABAL H. **Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé**. *Revue Prevenir* 33: 77-86 p. 1997. 169

BABA, V., GALAPERIN, B. L., & LITUCHY, T. R. **Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean**. *International Journal of Nursing Studies.* 36 1999.

BACCARIN, J. G.; GEBARA, J. J.; BORGES JUNIOR, J. C. **Expansão canavieira e ocupação formal em empresas sucroalcooleiras do centro-sul do Brasil, entre 2007 e 2009.** RESR, Piracicaba, SP. 49: 493-506 p. 2011.

BABISCH, W. **The noise/stress concept, risk assessment and research needs.** . Noise Health. 4: 1-11 p. 2002.

BACCHIERI G, G. D., ASSUNÇÃO MC. **Determinantes e padrões de utilização de bicicleta e acidentes de trânsito sofridos por ciclistas trabalhadores da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** . *Cad Saude Publica*. 21: 1499-508 p. 2005.

BACHA, M. L. D., VIANNA, N. W. H., SOUZA, S. S., & PEREZ, G. **Lazer nas classes populares: uma proposta de segmentação.** . *Organização & Sociedade*,. 15: 81-99 p. 2008.

BAHIA, S. H. A. et al. **AVALIAÇÃO ERGONÔMICA DE MOVELEIRIAS E OCORRÊNCIAS DE QUEIXAS OSTEOARTICULARES ENTRE OS MOVELEIROS, EM TOMÉ-AÇÚ (PA)** *Revista Paraense de Medicina* V. 21 2007.

BARBOUR, R. **Grupos Focais.** bookman: artmed, 2009. 216.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3. Organização da Análise: Presses Universitaires de Frances, 2004. 223

BARISI, G. **L'intensification du travail, entre économie de temps et économie des échanges.** ASKENAZY P, C. D., CONINCK F, GOLLAC M. (ORG.): *Organisation et intensité du travail.* Toulouse: Octarès: 11-20 p. 2006.

BARROS, D. D. **Estudo da imagem corporal da mulher: corpo (ir)real x corpo ideal.** . 2001. Campinas, Faculdade de Educação Física, Unicamp, Faculdade de Educação Física, Unicamp

BATISTA, A. A. V. et al. **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro.** *Rev. Esc. Enf USP - São Paulo*. 39: 85-91 p. 2005.

BATIZA, E. C.; NUNESB, J. I. D. S.; LICEA, O. E. A. **Prevalência dos sintomas musculoesqueléticos em movimentadores de mercadorias com carga ST/SOCIESC,** Joinville, SC, Brasil 2011.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador.** 2002.

BLOWERS, L. C., LOXTON, N. J., GRADY-FLESSER, M. G., OCCHIPINTI, S., & DAWE, S. **The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls.** . Eating Behaviors. 4: 229-244 p. 2003. 170

BOFF, B. M.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. R. **Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária parao trabalho.** Rev Saúde Pública. 36: 337-42 p. 2002.

BOND, L. et al. **Exploring the relationships between housing, neighbourhoods and mental wellbeing for residents of deprived areas** Bond et al. BMC Public Health 12: 471-2458 p. 2012.

BORGES FNS, F. F. **Twelve-hour night shifts of healthcare workers: a risk to the patients?** .*Chronobiol Int.* 20: 351-60 p. 2003.

BRANDÃO, A. G.; HORTA, B. L.; TOMAS, I. **Sintomas de distúrbios osteomusculares em bancários de Pelotas e região: prevalência e fatores associados.** Rev Bras Epidemiol. 8: 295-305 p. 2005

BRANDÃO, A. G.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. **Sintomas de distúrbios osteomusculares em bancários de Pelotas e região: prevalência e fatores associados.** Rev Bras Epidemiol. 8: 295-305 p. 2005.

BRANHÃO JI, T. C. **Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade.** . Rev Produção. 14: 67-76 p. 2004.

BRASIL, M. D. S. **Lesão por esforço repetitivo (LER); Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).** Brasília: Ministério da Saúde 2001.

_____. **Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): Dor relacionada ao trabalho. Protocolos de atenção integral à Saúde do Trabalhador de Complexidade Diferenciada.** BRASIL, M. D. S. D. Brasília: Ministério da Saúde 2006.

BRASIL, O. I. D. T.-E. N. Sobre o Desenvolvimento dos Recursos Humanos: Educação, Formação e Aprendizagem permanente **Organização Internacional do Trabalho - Escritório no Brasil,** 2004.

BRASIL. **Lei n. 8.112, art. 20 de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.** [:http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8112.htm](http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8112.htm) 2009.

BRASIL., B. M. D. S. D. **Representação no Brasil das doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos OPAS/OMS para os serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde 2001.

BREDOW T, P. S., SANDAU K. **Health-related quality of life. Middle-range theory: application to nursing research.** . 2008. 273-89.

BRESCIANI, P. L., M.P. **Os desejos e o limite: reestruturação industrial e ação sindical no complexo automotivo brasileiro.** *O trabalho em movimento: reestruturação produtiva e sindicatos no Brasil.*: 1997.

BUSSING A, B. T., FUCHS V, PERRAR KM. **A dynamic model of work satisfaction: qualitative approaches.** . *Hum Relat.* 52: 999-1003 p. 1999. 171

CAETANO JA, S. E., BRAQUEHAIS AR, ROLIM KAC. **Acidentes de trabalho com material biológico no cotidiano da enfermagem em unidade de alta complexidade.** *Enferm Global* [internet]. 9: 1-10 p. 2006.

CAETANO, V. C.; DA CRUZ, D. T.; GONÇALVES LEITE, I. C. **Perfil dos pacientes e características do tratamento fisioterapêutico aplicado aos trabalhadores com LER/DORT em Juiz de Fora, MG.** *Fisioter Mov.* 23: 451-60 p. 2010.

CAMPBELL. **a p u d Awad & Vo ruganti.** 1976.

CANCER., I. A. F. R. O. **Monographs on the evaluations of carcinogenic risks to humans: occupational exposures to mists and vapours from strong inorganic acids; and other industrial chemicals.** 1992.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária(Campo Teórico)2000.

CARAYON P, S. M., HAIMS MC. **Work organization, job stress, and work-related musculoskeletal disorders.** . *Hum Factors.* 41: 644-663 p. 1999.

CARDOSO ACM, F. R. **Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF).** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 18: 73-8 p. 2010.

CARLINI EA, N. A., GALDURÓZ JCF, NOTO AR. **Drogas psicotrópicas: o que são e como agem.** . *Rev IMESC.* 3: 9-35 p. 2001.

CARUSO CC, B. T., EGGERTH D, HEITMANN A, KOJOLA B, NEWMAN K. **Long working hours, safety, and health: toward a National Research Agenda.** . *Am J Ind Med.* 49: 930-42 p. 2006.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body images: development, deviance and change.** 1. New York: The Guilford Press, 1990.

CASTILHO, A. **Construindo equipes para alto desempenho: fundamentos e técnicas.** Qualitymark, 1998. 59. 172

CATTANI, A. D. **Trabalho e Tecnologia. Dicionário Crítico.** . Petrópolis/RJ: Vozes, quarta edição revista e ampliada, 2006.

CAVARIANI SILVARES, M. R.; FORTES, M. R. P., MIOT, HÉLIO AMANTE. **Qualidade de vida em urticária crônica: inquérito em ambulatório público universitário, Botucatu (Brasil).** Rev Assoc Med Bras. 57: 577-582 p. 2011.

CHAVES, L. D.; RAMOS, L. H.; DE FIGUEIREDO, E. N. **Satisfação profissional de enfermeiros do Trabalho no Brasil** Acta Paul Enferm. 24: 507-13 p. 2011.

CHISTÉ AMD, C. W. **Percepção ambiental de uma comunidade pomerana em relação ao uso de agrotóxicos.** *Natureza on line.* 1: 7-11 p. 2003.

CICONELLI, R. M. **Medidas de avaliação de qualidade de vida.** Rev. Bras. Reumatologia. v 43: p IX – XIII p. mar/abr, 2003.

CICONELLI, R. M. et al. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF 36 (Brasil SF36).** Rev. Bras. Rerumatologia. 39 1999.

_____. The Brazilian Portuguese version of the Work Productivity and Activity Impairment: General Health (WPAI-GH) Questionnaire. **Sao Paulo Med J**, v. 124, n. 6, p. 325-32, Nov 2006. ISSN 1516-3180. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17322953> >.

CODO, W. **Existe versão saudável de workaholic.** *Revista Digital [Internet].* 277 (caderno especial): 124-32 p. 2008.

CODO, V. P. **Por uma psicologia do trabalho.** 1. 2006. 294.

COHN, G. **Weber sociologia.** 1997.

COOPER, C. L.; A. M. ROSSI, P. L. P., & S. L. SAUTER. **A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados.** *Qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional* 2007.

CORDEIRO R, C. A., DINIZ CS, DIAS A. **Occupational noise as a risk factor for work-related injuries.** Rev Saúde Pública. 39: 461-6 p. 2005.

CORDEIRO R, L. F. E., FISCHER FM, MOREIRA FILHO DC. **Associação da pressão arterial diastólica com o tempo acumulado de trabalho entre motoristas e cobradores.** Rev Saúde Pública. . 27: 363-72 p. 1993.173

CORDÁS, T. A.; CASTILHO, S. **Imagem corporal nos transtornos alimentares –Instrumento de avaliação: “Body shape questionnaire”.** Psiquiatria Biológica. 2: 17-21 p. 1994.

COSTA MS, S. M. **Quality of life and work: what nurse of the basic health service think about it.** Rev Enferm. UERJ:15(2)236-241, abr-junh 2007: Lilacs 2007.

COUTO, H. A.; NICOLETTI, S. J.; LECH, O. **Como Gerenciar a Questão LER/DORT.** Belo Horizonte: Ergo: 80-300-334-335 p. 1998.

COX MH, M. D. **Workplace active living and total quality management: a paradigm for a new corporate culture.** Toward active living. Champaign: Human Kinetics: 179-86 p. 1994.

CRUZ, R. M.; TAMAYO, A. **Distúrbios musculoesqueléticos, processos de trabalho e cultura organizacional.** . 2004.

DA COSTA BR, V. E. **Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies.** . Am J Ind Med. 53: 285-323 p. 2010.

DA CUNHA, M. K. M.; SPYRIDES, M. H. C.; DE SOUSA, M. B. C. **Os significados de saúde na relação sexual para mulheres assistidas pelo SUS na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,. 27: 1099-1110 p. 2011.

DAL ROSSO, S. **Mais trabalho: a intensificação do labor na sociedade contemporânea.** 1. São Paulo: Bomtempo Editorial: 2008.

DA SILVA, C. G. M. **O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados.** . Rev Saúde Pública. 36: 40-9 p. 2002.

DA SILVA, J. A.; RIBEIRO FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração da dor: Pesquisa, teoria e prática.** 1:6-9 p. 2011.

DA SILVA, N. R.; MACAGNANI, C. C.; KANO, F. G. **Estudo descritivo sobre as condições de trabalho em emergência médica e a ocorrência de sintomas psicossociais.** Salusvita, Bauru. 27: 59-73 p. 2008.

DA SILVA, S. A. et al. **Percepção da qualidade de vida no trabalho dos neurocirurgiões em São Paulo** Arq Bras Neurocir. 30: 60-65 p. 2011.

DAMASCENO, V. O. et al. **Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada.** Rev Bras Med Esporte. 11 2005.

DANNENBERG AL, J. R., FRUMKIN H, SCHIEBER RA, PRATT M, KOCHTITZKY C, TILSON HH.: **The impact of community design and land-use choices on public health: a scientific research agenda.** . *Am J Public Health* **93**: 1500-1508 p. 2003. 174

DE MATTOS PIMENTA, C. A. **Atitudes de doentes com dor crônica frente a dor.** 1. 1999.

DE MEDEIROS NETO, C. F. et al. **Análise da percepção da fadiga, estresse e ansiedade em trabalhadores de uma indústria de calçados** J Bras Psiquiatr. 61: 133-8 p. 2012.

DE OLIVEIRA, A. G. S.; BAKKE, H. A.; DE ALENCAR, J. F. **Riscos biomecânico posturais em trabalhadores de uma serraria.** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo. 16: 28-33 p. 2009.

DE SOUZA PORTO, M. F.; DE MOURA JUNCÁ, D. C., GONÇALVES, RAQUEL DE SOUZA; FILHOTE, M.I. D. F. **Lixo, trabalho e saúde: um estudo de caso com catadores em um aterro metropolitano no Rio de Janeiro, Brasil** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 20: 1503-1514 p. 2004.

DE SOÁREZ, P. C. et al. **Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade** Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 22 2007.

DE VRIES, M. F. R. K. **Putting leaders on the couch.** . Harvard Business Review, . 71: 65-71 p. 2004.

DEDECA, C. S.; DE FREITAS RIBEIRO, C. S. M.; ISHII, F. H. **Gênero e jornada de trabalho: análise das relações entre mercado de trabalho e família.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro. 7: 65-90 p. 2009.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez: 1992.

_____. Conferências brasileiras - identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. 1999
São Paulo: Eaesp/FGV.

DEJOURS C, A. E. **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1994.

DELCOR NS, A. T., REIS EJFB, PORTO LA, CARVALHO FM, SILVA MO. **Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil**. Cad Saúde Pública. 20: 187-96 p. 2004.

DEMBE, A. E. **Occupational and disease: how social factors affect the conception of work-related disorders**. . New Haven and London: Yale University Press 1996.

DIAS BARROS, D. **Imagem corporal: a descoberta de si mesmo**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos,. 12: 547-54 p. 2005.

DIENER, E., SUH, E., LUCAS, R. & SMITH, H. **Subjective well-being: Three decades of progress**. Psychological Bulletin,. 125: 276-302 p. 1999. 175

DOENÇAS, C. D. C. D. **Distúrbios de voz relacionados ao trabalho**. Bol Epidemiol Paul. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. 3: 16-22 p. 2006.

DOENÇAS, COORDENADORIA DE CONTROLE. **Distúrbios de voz relacionados ao trabalho**. Bol Epidemiol Paul. 3: 16-22 p. 2006.

DOS SANTOS, A. C. **Impacto na qualidade de vida de um programa educacional para prevenção de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LERDORT)**. 2009. Programa de pós graduação em ciências cirúrgicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DOS SANTOS, A. L. P.; SIMÕES, A. C. **Educação Física e Qualidade de Vida: reflexões e perspectivas** Saúde Soc. São Paulo. 21: 181-192 p. 2012.

DUMAZEDIER, J. **Sociologia empírica do lazer**. . 2008.

DUNN, M. T., H. O'NEAL. **Physical activity dose response effects on outcomes of depression and anxiety** Med. Sci. Sports Exerc. 33: 5587–5597 p. 2001.

EDWARDS, J. R., & ROTHBARD, N. P. **Mechanisms linking work and family: clarifying the relationship between work and family constructs.** . Academy of Management Review,. 25: 178-199 p. 2000.

ELLAWAY, A.; S, M. **Neighborhoods and health 1. A Companion to Health and Medical Geography**, 2010. 399-417

EMPREGO, M. D. T. E. **Relação Anual de Informações Sociais - RAIS**. EMPREGO, M. D. T. E. 2010.

_____. **cartilha do trabalhador**. ALEGRE, E. E. F. D. L. D. P. 2012a.

_____. **Classificação Brasileira de Ocupações**. 2012b.

_____. **Qualificação Profissional**, . 2012c.

_____. **Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT:** <http://portal.mte.gov.br/pat/programa-de-alimentacao-do-trabalhador-pat.htm> 2013. 176

EVANS, P.; BARTOLOMÉ, F. **Must success cost so much?** . London: Grant McIntyre, 1980.

FARAGHER EB, C. M., COOPER CL. **The relationship between job satisfaction and health: a metaanalysis.** . *Occup Environ Med.* 62: 105-12 p. 2005.

FEHR, B. **Friendship processes.** : London: Sage 1996.

FERNANDES, J. S. et al. **QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS** Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 19: 434-42 p. 2010.

FERNANDES, Â. C. P.; VAZ, A. B. **Perfil do índice de massa corporal de trabalhadores de uma empresa de construção civil** J Health Sci Inst. 30: 144-9 p. 2012.

FERREIRA, M. C. **A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. 11: 83-99 p. 2008.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor. Atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho.** *Revista Estudos em Psicologia*, Natal. 69: 97-108 p. 2001.

FIEDLER CF, M. N., AZEVEDO INC, SILVA JRM. **Avaliação biomecânica dos trabalhadores em marcenarias no Distrito Federal.** . *Rev Cienc Florestal*. 13: 99-109 p. 2003.

FIEDLER NC, A. R., GUIMARÃES PP, WANDERLEY FB. **Análise da carga física de trabalho dos operadores em marcenarias no sul do Espírito Santo.** *Floresta* 38: 423-9 p. 2008.

FIEDLER, N. C.; RODRIGUES, T. O.; MEDEIROS, M. B. **Avaliação das condições de trabalho, treinamento, saúde e segurança de brigadistas de combate a incêndios florestais em unidades de conservação do DF.** *Revista Árvore*. 30: 55-63 p. 2006.

FIEDLER NC, V. F. **Avaliação da carga física de trabalho exigida em atividades de fabricação de móveis no Distrito Federal.** . *Cerne* 8: 117-22 p. 2002.

FIORELLI, J. O. **Psicologia para administradores: integrando teoria e prática.** 2001.

FISCHER FM, B. F., ROTENBERG L, LATORRE MR, SOARES NS, ROSA PLFS, TEIXEIRA LR, NAGAI R, STELUTI J, LANDSBERGIS P. **Work ability of health care shift workers: what matters? .** *Chronobiol int*. 23: 1165-1179 p. 2006. 177

FISCHER FM. TUOMI K, I. J., JAHKOLA A, KATAJARINNE L, TULKKI A. **Índice de capacidade para o trabalho.** 2005.

FLECK, D. A. M. P. **Problemas conceituais em qualidade de vida.** 1. A avaliação de qualidade de vida: guia prático para profissionais de saúde: 2008. 235.

FLECK, M. P. A. et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100).** *Rev Bras Psiquiatr*. 21(1):19-28 p. 1999.

FLECK, M. P. A. E. A. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida 'WHOQOL-bref'.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 34: 178-183 p. 2000.

FRANCO, G. P., BARROS, A. L. B. L., & NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem.** *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 3: 39-144 p. 2005.

FRIEDMAN R, S. J. C.; BLAQUIERE RM, B. F., BOYD NF, BRADA M, BRENNAN MF, BRUERA E., *Manual de oncologia clínica*. 1999.

FUNDACENTRO. . Disponível em:. LER/DORT, M. D. T. E. E. 2007.

FUNK, M.; HARNOIS, G.; GABRIEL, P. **Mental health and work: Impact, issues and good practices** Mental Health Policy and Service Development Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health: International Labour Organisation. 2. 2000.

GORMAN, W. *Body image and the image of the brain*. 1. St. Louis (USA): 1965.150

GALLASSI, M. C. **Medicina do trabalho: programa de saúde de controle médico de saúde ocupacional**. 1. São Paulo: Editora Atlas; , 1999.

GAMA, P. S. N. **Satisfação no trabalho: um estudo na sede administrativa da Companhia Docas no Pará em Belém/CPD-PA**. 2007.
http://www.cdp.com.br/arquivo/artigos/Satisfacao_no_trabalho.pdf Belém: Companhia das Docas do Pará; 2007, 178

GAULEJAC, V. D. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. . 2007.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. **A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements**. *Journal of the American Medical Association* v.272: p.619-26 p. 1994.

GIRDWOOD, V. M. O.; DE ARAÚJO, I. S.; SEARA PITANGA, C. P. **EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NA MULHER**. *Revista Baiana de Saúde Pública* 35: 537-547 p. 2011.

GOMES, D. et al. **Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião dentista**. *RFO*. 15: 104-110 p. 2010.

GONZALES RMB, B. C. **O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem**. *Texto & Contexto Enferm* 11: 169-86 p. 2002.

GONÇALVES JRL, G. S. **Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas**. . *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18: 543-9 p. 2010.

GORMAN, W. *Body image and the image of the brain*. 1965.

GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia: Adaptando o trabalho ao homem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

GRIECO, A. E. A. **Epidemiology of musculoskeletal Disorders due to Biomechanical Overload**. *Ergonomics, Taylor & Francis*. 41: 1253-1260 p. 1998.

GRIFFIN JM, F. R., STANSFELD SA, MARMOT M. **The importance of how control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class?** . *Soc Sci Med*. 54: 783-98 p. 2002.

GUIMARÃES, A. T. et al. **Gerenciamento do pessoal de enfermagem com estabilidade no emprego: percepção de enfermeiros** Rev Bras Enferm. 64: 905-11 p. 2011.

GUIMARÃES, R. M. et al. **Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controlado** Rev Bras Epidemiol. 8: 282-94 p. 2005.

GUYTON, A. C., HALL, J.E. **Tratado De Fisiologia Médica** Rj . Guanabara Koogan, 2002.

HAMMIL JM, C. T., ROSECRANCE JC. **Effectiveness of a physical therapy regimen in the treatment tension type headache**. *Headache*. 36: 149-53 p. 1996.

HERZLICH, C.; J, P. **Illness and self in society**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1987. 179

HOFELMANN DA, B. N. **Excesso de peso entre trabalhadores de uma indústria: prevalência e fatores associados**. . Rev Bras Epidemiol. 12: 657-70 p. 2009.

HOPPIN JA, U. D., LONDON SJ, ALAVANJA MC, SANDLER DP. **Animal production and wheeze in the Agricultural Health Study: interactions with atopy, asthma, and smoking**. . *Occup Environ Med*. 60: 3 p. 2003.

HOWARD, L., & CORDES, C. L. **Flight from unfairness: effects of perceived injustice on emotional exhaustion and employee withdrawal**. . *Journal of Business and Psychology*. 25: 409-428 p. 2010.

Kawaki, I. **Social capital and community effects on population and individual health**. . *Ann N Y Acad Sci*. 896: 120-30 p. 1999.

IDA, I. **Ergonomia projeto e produção**. São Paulo: Ed. Edgard Blücher 2005.

ILMARINEN, J. **Aging workers.** . *Scand J Work Environ Health.* . 23: 3-5 p. 1997.

_____. **Aging and work.** . *Occup Environ Med.* 58: 546-551 p. 2001.

ILMARINEN J, T. K., KLOCKARS M. **Changes in the work ability of active employees over an 11- year period.** *Scand J Work Environ Health.* 17: 49-57 p. 1997.

INSS. **Anuário Estatístico da Previdência Social.** DATAPREV/INSS, M. Brasília: Dataprev 2007.

JAGO R, J. M., MISSAGHIAN M, ET AL. **Effect of 4 weeks of Pilates on the body composition of young girls.** . *Rev Prev Med.* . 42: 177-80 p. 2006.

JAMES, P. **Wellbeing at work: an issue whose legislative time has come?** . *Policy and Practice in Health and Safety*, Great Britain. 1: 5-18 p. 2003

JÁUREGUI, M. I. P. **Quando el Estrés Laboral se Llama Burnout (Quemarse em el Trabajo). Causas y Estratégias de Afrotamiento.** Buenos Aires. Universidade Libros. 1: 28-35 p. 2000.

JODELET, D.; MADEIRA, M. **Representação do contágio a AIDS.** 1. Natal: EDUFRN: 1998.

JOHANNES CB, A. A., FELDMAN HA, DERBY CA, KLEINMAN KP, MCKINLAY JB. **Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from The Massachusetts Male Aging Study.** . *J Urol.* 163: 460-3 p. 2000. 180

JOHNSON JV, L. J. **Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization.** . *Am J Ind Health.* 49: 921-29 p. 2006.

JOURDAIN, G.; CHENEVERT, D. **Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey.** *International Journal of Nursing Studies.* 47: 709–722 p. 2010.

JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos.** 15. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: 1997.

KALIMO, R.; EL BATAWI, M. A.; COOPER, C. L. **Los factores psicosociales em el trabajo y su relación com la salud.** . 1988.

KATSURAYAMA, M.; PEREIRA PARENTE, R. C.; MORETTI-PIRES, R. O. **Construção de um modelo Dejouriano destinado a avaliação da saúde do trabalhador.** *Rev. Bras. Promoç Saúde, Fortaleza.* 25: 374-380 p. 2012.

KESÄNIEMI ET AL. A. KESÄNIEMI, E. D. J., M. JENSEN, P. KOPELMAN, P. LEFÉBVRE, P. REEDER. **Consensus statement concerning physical activity and health: an evidence-based symposium** *Med. Sci. Sports Exerc.* 33: 5351–5358 p. 2001.

KLEPPA, E.; SANNE, B.; TELL, G. S. **Working Overtime is Associated With Anxiety and Depression: The Hordaland Health Study.** *Journal of Occupational & Environmental Medicine.* 50: 658-666 p. 2008.

KRUGER J, H. S., BERRIGAN D, BALLARD-BARBASH R. **Prevalence of transportation and leisure time walking among U.S. adults.** . *Prev Med.* 47: 329-34 p. 2008.

KUHN P, L. F. **The expanding workweek? Understanding trends in long work hours among U.S. men, 1979-2005.** . *J Labor Econ.* 26: 311-43 p. 2008.

KUORINKA, I.; FORCIER, L. **Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention.** . 1995.

LACAZ, F. A. C. **Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença.** *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.* v.5: p. 151 - 161 p. 2000

LACAZ, F. A. D. C. **O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde.** *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,*. 23: 757-766 p. 2007.
181

LARANJEIRA, C. A. **O contexto organizacional e a experiência de stress: uma perspectiva integrativa.** *Rev Salud Publica.* 11: 123-33 p. 2009.

LAUMANN EO, P. A., ROSEN RC. **Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors.** . *JAMA.* 281: 537-44 p. 1999.

LAWTON, M. P. **The varieties of well-being.** *Experimental Aging Research.* 9: 65-72 p. 1983.

LEAL, A. F. **Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade.** 2003. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul,

LENNON MC, R. S. **Women and mental health: the interaction of job and family conditions.** . *J Health Soc Behav.* 33: 316-27 p. 2002.

LERVOLIINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. **Utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde:** *Ver. Esc. Enf. USP.* V.35: p.115-21 p. jun 2001.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas na sociedade pós industrial.** Atlas. São Paulo: 2004.

LOPES, E. L.; DO AMARAL MORETTI, S. L.; ALEJANDRO, T. B. **AVALIAÇÃO DE JUSTIÇA E INTENÇÃO DE TURNOVER EM EQUIPES DE VENDAS: TESTE DE UM MODELO TEÓRICO** RAE São Paulo. 51: 553-567 p. 2011.

LOURINHO, M. G. et al. **Risco de Lesões musculoesqueléticas em diferentes setores de uma empresa calçadista.** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo. 18: 252-7 p. 2011.

LUDWIG, J. et al. **Neighborhood Effects on the Long-Term Well-Being of Low-Income Adults** Science. 337 2012.

LUNDSTROM T, P. G., BARTLEY J, COX J, GUITHER C. **Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes.** . *Am J Infect Control.* 30: 93-106 p. 2002.

LUNELLI, R. P. et al. **Atividade Sexual Pós-Infarto do Miocárdio: Tabu ou Desinformação?** Arq Bras Cardiol. 90: 172-176 p. 2008.

MACHADO, C. L. B. **Motivação, qualidade de vida e participação no trabalho.** 2002. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,

MAGALHAIS LCB, Y. M., SOLER ZASG. **Indicadores de qualidade de vida no trabalho entre docentes de curso de graduação em enfermagem.** . Arq Ciênc Saúde. 15: 117-24 p. 2008.

MALCHAIRE J, C. N., VERGRACHT S. **Review of the factors associated with musculoskeletal problems in epidemiological studies.** . *Int Arch Occup Environ Health.* 74: 79-90 p. 2001.

MALO FB, S. B. **L'intensification du travail dans les services publics: le cas du Centre Hospitalier Universitaire de Québec.** . ASKENAZY P, C. D., CONINCK F, GOLLAC M. (ORG.): Organisation et intensité du travail. Toulouse: Octarès: 113-120 p. 2006.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. **Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem.** Estudos de psicologia. 12: 79-85 p. 2007.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e Sociedade.** 1. Campinas: Editora Alínea: Múltiplos Olhares, 2008.

MARCHIORI F, B. M., OLIVEIRA SP. **Atividades de trabalho e saúde dos professores: o programa de formação como estratégia de intervenção nas escolas.** . Trab Educ Saúde. 3: 143-70 p. 2005.

MARCONI, N. **A evolução do perfil da força de trabalho e das remunerações nos setores público e privado ao longo da década de 1990.** *Revista do Serviço Público*, Brasília: ENAP, ano 54 p. 7-43 p. 2003.

MARIATH AB, G. L., SILVA RO, SCHMITZ P, CAMPOS IC, MEDINA JRP. **Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição.** *Cad Saúde Pública*. 23: 897-905 p. 2007.

MARQUES, A. P. et al. **Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)** *Rev Bras Reumatol*. 46: 24-31 p. 2006.

MARTINEZ MC, L. M. **Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa.** *Rev. Saude Publica* 40: 851-858 p. 2006.

MARTINS, C. R. et al. **Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em universitários** *Estudos de Psicologia*. 17: 241-246 p. 2012.

MARTINS, M. E. et al. **Qualidade de vida e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino.** *Rev Psiq Clín*. 39: 5-11 p. 2012. 183

MATOS, D. G. D. **O trabalho do enfermeiro do centro cirúrgico: um estudo sob a ótica da ergonomia.** . 1994. 160 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.,

MELLARA SVG, B. L., CARTA A, CONTRIN LM. **Motivação da equipe de enfermagem em uma unidade de Terapia Intensiva.** . *Arq. Ciênc. Saúde*. 13: 61-9 p. 2006.

MENDES, R.; COSTAS DIAS, E. **Da medicina do trabalho, à saúde do trabalhador.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 25: 341-9 p. 1991.

MENDES, R. A.; LEITE, N. **Ginástica laboral: princípios e aplicações práticas.** Barueri, SP: Manole, 2004.

MERLIN SERVILHA, E. A.; FRANÇA LEAL, R. D. O.; UMEOKA HIDAKA, M. T. **Riscos ocupacionais na legislação trabalhista brasileira: destaque para aqueles relativos à saúde e à voz do professor** *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 15: 505-13 p. 2010.

METZNER RJ, F. F. **Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas.** . *Rev. Saude Publica*. 35: 548-558 p. 2001.

MINAYO, C. G.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. 1. Editora Fiocruz: Campo da saúde do trabalhador: Trajetória, configuração e transformações, 2011. 538

MINKLER M, F.-T. E., GURALNIK JM. **Gradient of disability across the socioeconomic spectrum in the United States**. . *N Engl J Med*. 355: 695-703 p. 2006.

MIRANDA FAN, S. C., AZEVEDO DM, COSTA SS. **O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar**. . *Rev Eletr Enferm*. [periódico na Internet]. 8: 222-32 p. 2006.

MONSO E, R. E., RADON K, MAGAROLAS R, DANUSER B, IVERSEN M. **Chronic obstructive pulmonary disease in never-smoking animal farmers working inside confinement buildings**. *Am J Ind Med*. 46: 357 p. 2004. 184

MONSO E, S. M., RADON K, RIU E, MAGAROLAS R, MCCURDY S. **Region-related risk factors for respiratory symptoms in European and Californian farmers**. *Eur Respir J*. 21: 323-31 p. 2003.

MONTEIRO SS, V. E., REBELLO SM. **Educação, prevenção e drogas: resultados e desdobramentos da avaliação de um jogo educativo**. . *Educ Soc*. 24: 659-78 p. 2003.

MONTGOMERY, P.; DENNIS, J. **A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life**. . *Sleep Medicine Reviews*, England. 8: 47-62 p. 2004.-a.

_____. **A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life**. .*Sleep Medicine Reviews*, England. 8: 47-62 p. 2004.-b.

MONTMOLLIN, M. **A ergonomia**. 1. Lisboa: Instituto Piaget: Gráfica Manuel Barbosa & Filhos, 1990.

MOREIRA JR ED, A. C., TORRES EB, LOBO CFL, FITTIPALDI JAS. **Prevalence and correlates of erectile dysfunction: Results of The Brazilian Study of Sexual Behaviour**. . *Urology*. 58: 583-8 p. 2001.

MORILLO LE, D. J., ESTEVEZ E, COSTA A, MENDEZ H, DAVILA H ET AL. **Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador and Venezuela: a population-based study (DENSA)**. . *Int J Impot Res*. 14: 10-8 p. 2002.

MORIN, E. M. **WORLD CONGRESS ON HUMAN RESOURCES MANAGEMENT**.

Conference. 10TH WORLD CONGRESS ON HUMAN RESOURCES MANAGEMENT, Rio de Janeiro, Brazil, August, 20 th, 2004. 2004.

MOORE, R.; BRODSGAARD, I. **Cross-cultural investigator of pain**. 1. I.K. IASP Press, Crombie: In Epidemiology of Pain, 1999.

MUKANATA M, I. S., NUNOKAWA T, SAITO Y, ITO N, FUKUDO S, ET AL. **Influence of night shift work on psychologic state and cardiovascular and neuroendocrine responses in healthy nurses**. Hypertens Res. 24: 25-31 p. 2001.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. **Trastornos mentales y de comportamiento em trabajadores de enfermería de 23 instituciones de salud en Brasil**. *Revista de Enfermería del IMSS*. 13: 133-140 p. 2005.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. Londrina: Midiograf, : *conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 1: 194 p. 2003.

NAJBERG, S.; MORAES, R. M.; IKEDA, M. **Participação dos empregos do setor público no mercado de trabalho**. *Informe-se*, Rio de Janeiro (RJ), Área de Assuntos Fiscais e de Emprego, BNDES.: 8 p. 2002a. 185

NAJJAR ABDO, C. H. et al. **Disfunção erétil - Resultado do estudo da vida sexual do brasileiro**. *Rev Assoc Med Bras*. 52: 424-9 p. 2006.

NICOLOSI A, M. J. E., SHIRAI M, BIN MOHD TAMBI MI, GLASSER DB. **Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: Cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction**. . *Urology*. 61: 201-6 p. 2003.

OLIVEIRA EM, R. P., LANCHÁ JUNIOR AH. **Nutrição e bioquímica do exercício**. *Rev paul Educ Fís*. 18: 7-19 p. 2004.

OLIVEIRA, O. **Gestão da Qualidade. 1. Tópicos Avançados**. 2004.

OLIVEIRA, S. A. **Qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador**. . *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo. v.13: p. 625-34 p. 1997.

OLIVEIRA, S. L. D. *Sociologia da Organizações*. In: (Ed.). **Conceito de satisfação no trabalho**, 2000.

OLIVIER, M.; PEREZ, C. S.; FERNANDES BEHR, S. D. C. **Trabalhadores Afastados por Transtornos Mentais e de Comportamento: o Retorno ao Ambiente de Trabalho e suas**

Consequências na Vida Laboral e Pessoal de Alguns Bancários RAC, Curitiba. 15: 993-1015 p. 2011.

OLSON, V. L. **Whiplash-associated chronic headache treated with home cervical traction.** *Phys Ther.* 20: 326-30 p. 1997.

OLTRAMARI LC, C. B. **AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais.** . *Psicol Estud.* 15: 275-83 p. 2010.

PAFARO RC, D. M. M. **Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas.** *Rev Esc Enferm USP.* 38: 152-60 p. 2004.

PAGÉS, M. **O poder das organizações.** 1. São Paulo, SP: Atlas: 1987.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano.** 8. Porto Alegre: Artmed, 2000. 70

PARAZZINI F, F. F., BORTOLOTTI A, CALABRO A, CHATENOUD L, COLLI E, ET AL. **Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy.** . *Eur Urol.* 37: 43-9 p. 2000. 186

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. **Construção e validação da Escala de bem-estar no trabalho** **Construction and validation of the work well-being scale** *Avaliação Psicológica, versão Online* ISSN 2175-3431, Aval. psicol. 7 2008.

PASSOS, G. S. et al. **Tratamento não farmacológico para a insônia crônica.** *Rev Bras Psiquiatr* 2007.

PERISTA, H., MAXIMIANO, S., & FREITAS, F. **Família, gênero e trajetórias de vida: uma questão de (usos do) tempo.** . *Anais do Congresso Português de Sociologia, Coimbra, Portugal,* 4. 2010.

PIMENTA, C. A. **Atitude de doentes com dor crônica frente à dor.** 1999. Tese de livre-docência. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo,

PINHEIROA, F. A.; TRÓCCOLI, B. T.; DE CARVALHO, C. V. **Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade.** *Rev Saúde Pública.* 36: 307-12 p. 2002.

PORTARIA Nº 1.823, D. D. A. D. **D.O.U. - Ano CXLIX Nº 165, Seção I.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: págs. 46-51 p. 2012.

PORTELA LF, R. L., WAISSMANN W. **Self-reported health and sleep complaints among personnel working under 12 h night and day shifts.** . *Chronobiol Int.* 21: 859-70 p. 2004.

_____. **Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses.** . *Ver Saude Publica.* 39: 802-8 p. 2005.

PORTUGUÊS, D. O. **Atrativos no trabalho.** 2013.

PRIMO GMG, P. T., SAKURAI E. **Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados.** *Ver Med Minas Gerais.* 17: 260-8 p. 2007.

PROCHNOW, A. et al. **FATORES QUE FAVORECEM E DIFICULTAM O TRABALHO DOS ENFERMEIROS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE** *Esc Anna Nery.* 14: 490-495 p. 2010.

PROLLA, P. A. **Síndromes de suscetibilidade hereditária ao câncer de pele.** 1. São Paulo: MSG Produção Editorial: **Genética molecular do câncer**, 2002.

PYYKKO IV, T. E., STARCK JP, JUHOLA M, AURAMO Y. **Database for a hearing conservation program.** *Scand Audiol.* 29: 52-8 p. 2000.

RAFFONE AM, H. E. **Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem.** . *Rev. Saude Publica* 39: 669-676 p. 2005.

RAMALHO, M. U., A. In *Anais do XXIII Encontro Nacional de Economia, Salvador.* ANPEC 1995. 187

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores.** . 1. São Paulo: Fundacentro: Tradução de R. Estrela., 1985. 250

RANGEL, M. **Saúde do Trabalhador - Identidade dos Sujeitos e Representações dos Riscos à Saúde na Indústria Petroquímica.** *Cad. Saúde Públ.* 9: 333-348 p. 1994.

RECENA MC, P. D., CALDAS ED. **Acute poisoning with pesticides in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil.** *Sci Total Environ.* 357: 88-95 p. 2006.

REJESKI, J. W.; L, M. S. **Physical activity and quality of life in older adults** *J. Gerontol.* 56A: 23-35 p. 2001.

REILLY, T.; EDWARDS, B. **Altered sleep-wake cycles and physical performance in athletes.** *Physioliga & Behavior*, United States. 90: 274-284, p. 2007.

REUBEN, D. B.; SOLOMON, D. H. **Assessment in geriatrics: of caveats and names** 1989. 570-572.

ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P.; HONG, O.-S. **Work and health conditions of sugar cane workers in Brazil** Rev Esc Enferm USP 44: 974-9 p. 2010.

ROCHA MCP, D. M. M. **Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts.** . Ver Esc Enferm USP [Internet]. 44: 280-6 p. 2011.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial.** Petrópolis: Vozes 1995.

ROTENBERG L, P. L., BANKS B, GRIEP RH, FISCHER FM, LANDSBERGIS P. **A gender approach to work ability and its relationship to professional and domestic work hours among nursing personnel.** . *Appl Ergon.* 39: 646-52 p. 2008.

RUGGIERO, J. S. **Correlates of fatigue in critical care nurses.** . *Research in Nursing & Health.* 26: 434-444 p. 2003.

SALEH KJ, Q. J., SIME WE, ET AL. **Recognizing and preventing burnout among orthopaedic leaders.** Clin Orthop Relat Res. 467: 558–565 p. 2009.

SANTANA VS, L., DP, NEWMAN B. **Housework, paid work and psychiatric symptoms.** . *Rev Saúde Pública.* 35: 16-22 p. 2001. 188

SANTOS, A. C. et al. Impact on the Quality of Life of an Educational Program for the Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders: a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 11, p. 60, 2011. ISSN 1471-2458. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21276217>>.

SARGENT MC, S. W., SOTILE MO, ET AL. **Quality of life during orthopaedic training and academic practice.Part 1: orthopaedic surgery residents and faculty.** J Bone Joint Surg Am. 91: 2395–2405 p. 2009.

SAÚDE, M. D. **A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde. 2004.

SAÚDE., B. M. D. **Portaria Nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico [Internet] 2008.**

SCHENKER M, M. M. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura.** . Cad Saúde Pública. 20: 649-59 p. 2004.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique.** 3. São Paulo: Martins Fontes: 1999 143

SCHULJAHR, K. V., STUTTGART. **Energie, Arbeit, Leistung, Kraft' für IPN Curriculum Physik, Unterrichtseinheit.** 7 1978.

SEERS K, C. N., MARTIN J, COULSON K, CARROLL D. **A randomised controlled trial to assess the effectiveness of a single session of nurse administered massage for short term relief of chronic non-malignant pain.** BMC Nurs. 7: 10 p. 2008.

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

SEIDL EMF, Z. C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** . Cad. Saude Publica. 20: 580-588 p. 2004.

SHANAFELT TD, B. C., BECHAMPS GJ., **Burnout and carer satisfaction among American surgeons.** Ann Surg. 250: 463–471 p. 2009.

SHERRILL, D. L.; KOTCHOU, K.; QUAN, S. F. **Association of physical activity and human sleepdisorders.** . Archives of Internal Medicine, United States. 158: 1894- 1898 p. Sept.1998. 189

SHONTZ, F. C.; CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image and Physical disability. Body images: development, deviance and change.** . 1990.

SIEGRIST J, P. R., JUNGE A, CREMER P, SEIDEL D.: **Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men.** . Soc Sci Med 31: 1127-1134 p. 1990.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L., FISCHER, FRIDA MARINA. **Jornada de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho**. Revista de Saúde Pública. 45: 1117-26 p. 2011.

SILVA, G. G. J. et al. **Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho** Rev. bras. Saúde ocup. 34: 79-87 p. 2009.

SILVA, S. G. D. et al. **Deslocamento para o trabalho e fatores associados em industriários do sul do Brasil** Rev Saúde Pública. 46: 180-4 p. 2012.

SOARES JJF, J. B. **Psychosocial experiences among primary care patients with and without musculoskeletal pain**. . *Eur J Pain* 8: 79-89 p. 2004.

SOCIAL, A. E. D. P. Seção IV – Acidentes do Trabalho. 2007.

SORIANO DE ALENCAR, E. M. L. **Promovendo um ambiente favorável à criatividade nas organizações**. RAE- Revista de administração de empresas, São Paulo. 38: 18-25 p. 1998.

SOUZA, J. **Uma teoria crítica do reconhecimento**. *Luana Nova*. 1: 16-24 p. 2000.

SOUZA, R. A. D.; CARVALHO, A. M. **Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia**. *Estud. psicol.* (Natal) 82003

SPRANG, G.; CRAIG, C.; CLARK, J. Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: a comparative analysis of occupational distress across professional groups. **Child Welfare**, v. 90, n. 6, p. 149-68, 2011. ISSN 0009-4021. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22533047>>.

STACCIARIN, J.; TRÓCCOLI, B. **O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro**. Rev Latino-Am Enfermagem. 8: 17-25 p. 2001.

STAFFORD M, M. M. **Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally?** *Int J Epidemiol* 32: 357-366 p. 2003. 190

STOLTE D, H. E., BERNARDES JS. **Sentidos da alimentação e da saúde: contribuições para a análise do Programa de Alimentação do Trabalhador**. Cad Saúde Pública. 22: 1915-24 p. 2006a.

_____. **Sentidos da alimentação e da saúde: contribuições para a análise do Programa de Alimentação do Trabalhador**. . Cad Saúde Pública. 22: 1915-24 p. 2006b.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa - Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª edição. Armed, Bookman 2008.

SUCESSO, P. C. Como lidar com problemas pessoais no ambiente de trabalho. 2013.

SUZUKI K, O. T., KANEITA Y, YOKOYAMA E, UCHIYAMA M. **Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses**. . J Adv Nurs. 52: 445-53 p. 2005.

T. POHJONEN, R. R. **Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: five-year follow-up** Prev. Med. 32: 465–475 p. 2001.

TANURE, B.; CARVALHO, A. N.; ANDRADE, J. **Executivos: sucesso e (in)felicidade**. 1. Rio de Janeiro: Elsevier: 2007.

TARTUCE, G. L. P. **O que há de novo no debate da "qualificação do trabalho"?. Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville**. . 2002. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem corporal – conceito e desenvolvimento**. 1. São Paulo: Manole, 2003.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-9, Nov 1995. ISSN 0277-9536. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308> >.

TONELLI, M. J., & ALCADIPANI, R. **O trabalho dos executivos: a mudança que não ocorreu**. 2003. Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, Atibaia, SP, Brasil, 37,

TRUMPER, R. **Energy and a Constructivist Way of Teaching**. Phys. Educ.vol. 25: 208-212 p. 1990.

TRÓCOLLI, B. T. M., S. G. **Avaliação e intervenção em estresse ocupacional**. *Psicologia: Teoria e pesquisa*. 20: 39-47 p. 2004.

TSELEBIS, A., MOULOU, A., & ILIAS, I. **Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff**. *Nursing and Health Sciences*. 3: 69-71 p. 2001. 191

TURA LFR. JODELET D, M. M. **AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. AIDS e representações sociais: à busca de sentidos.** . 1998.

TÉCNICA, N. **Salário Mínimo constitucional.** EMPREGO, M. D. T. E. 2005.

UMANN, J.; DE AZEVEDO GUIDO, L.; GRAZZIANO, E. D. S. **Presenteeism in Hospital nurses.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 20: 159-66 p. 2012.

V. ROSENSTOCK, K. I.; DOS SANTOS, S. R.; DE SENNA GUERRA, C. **MOTIVAÇÃO E ENVOLVIMENTO COM O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA, PARAÍBA, BRASIL** Rev. Baiana de Saúde Pública. 35: 591-603 p. 2011.

VASCONCELOS, A. F. **Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas.** . *Cadernos de Pesquisa em Administração.* v.8, n.1, p. 23-35, : p. 23-35 p. 2001.

VAZ, D. V.; HOFFMANN, R. **Remuneração nos serviços no Brasil: o contraste entre funcionários públicos e privados.** Economia e Sociedade, Campinas. 16: 199-232 p. 2007.

VEDOVATO, T. G.; MONTEIRO, M. I. **Perfil sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos professores de nove escolas estaduais paulistas.** Rev. Esc Enferm USP. 42: 209-7 p. 2008.

VELOSO IS, S. V., OLIVEIRA NF. **Programas de alimentação para o trabalhador e seu impacto sobre ganho de peso e sobrepeso.** Rev Saúde Pública. 41: 769-76 p. 2007.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. D. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde; uma introdução ao tema.** 2000.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. D. C. **Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde.** Rev. Latino Am. Enfermagem. 19: 8 p. 2011.

VILLALOBOS, J. O. **Estrés y trabajo.** : Distrito Federal (MX):Instituto Mexicano del Seguro Social 2001.

WADDELL, G. **Treatment: scientific evidence.**: Edinburg: Churchil Livingstore: 263-74 p. 1998.

WALDVOGEL, B. C. **Acidentes de trabalho: os casos fatais. A questão da identificação e da mensuração.** 1999. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo,

WALSH IAP, C. S., FRANCO RN, CANETTI EEF, ALEM MER, COURY HJCG. **Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas.** *Rev. Saude Publica* 38: 149- 156 p. **2004.**

WALTERS V, L. R., FRENCH S, EYLES J, MAYR J, NEWBOLD B. **Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses.** . *Soc Sci Med.* 43: 1627-36 p. 1996.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. **Trabalho Imaterial Bancário, Lazer e a Vivência de Dilemas Pessoais Contemporâneos** RAC, Curitiba, . 15: 897-917 p. 2011.

WEBER, S. R.; PÉRICO, E. **Zumbido no trabalhador exposto ao ruído.** *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 16: 459-65 p. 2011. WIKIPEDEA. Tratamento/ Saúde. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Tratamento_\(saúde\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Tratamento_(saúde))> .

WEYER, S.; KUPFER, B. **Physical exercise and psychological health** *Sports Med.* 17 108–116 p. 1994.

WILDI, S. M. et al. Assessment of health state utilities and quality of life in patients with malignant esophageal Dysphagia. **Am J Gastroenterol**, v. 99, n. 6, p. 1044-9, Jun 2004. ISSN 0002- 9270. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15180723> >. 193

WINWOOD PC, W. A., LUSHINGTON K. **Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork.** . *J Adv Nurs.* 56: 438-49 p. 2006.

ZIBAS, D. M. L. **O reverso da medalha: os limites da administração industrial participativa. Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil.** 1997.

11. ANEXO

11.1 Roteiro



Grupo focal, uma técnica de pesquisa qualitativa para elaboração de um questionário de qualidade de vida do trabalhador.

PROJETO N° 100575

QUESTIONÁRIO PARA DISCUÇÃO EM GRUPOS FOCAIS.

1. **QUALIDADE DE VIDA GERAL:** 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. **“VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998”**

1.1 O quanto o trabalho tem influenciado na sua qualidade de vida (QV):	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Extremamente
1.2 Como você avaliaria sua qualidade de vida, em relação ao seu trabalho?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Extremamente

2. **SAÚDE FÍSICA:** é definida como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Ou seja, o conceito de saúde transcende à ausência de doenças e afecções. Por outras palavras, a saúde pode ser definida

como o nível de eficácia funcional e metabólica de um organismo a nível micro (celular) e macro (social). “OMS”

2.1 Durante as ultimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho, como consequência de sua saúde física?	
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2.2 Durante as ultimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho?	
	<input type="radio"/> De maneira alguma <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Moderadamente <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Extremamente
2.3 Durante as ultimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho dentro de casa?	
	<input type="radio"/> De maneira alguma <input type="radio"/> Um pouco <input type="radio"/> Moderadamente <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> extremamente
2.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de realizar as atividades relacionadas ao seu trabalho?	
	<input type="radio"/> Nada

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> extremamente
2.5 Você tem energia suficiente para o seu trabalho?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> Completamente
2.6 O seu trabalho chega a interferir na qualidade do seu sono?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> Completamente
2.7 Pensando em sua qualidade de vida relacionada ao trabalho, nas ultimas duas semanas, o quanto manter as seguintes tarefas no seu trabalho interferiram na sua qualidade de vida?	
a) Dar conta de todo o seu trabalho?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> Completamente
b) Realizar o seu trabalho rápido o suficiente e terminar no tempo certo?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> Completamente
c) Realizar o seu trabalho sem cometer erros?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> Completamente
2.8 Pensando em sua qualidade de vida, nas ultimas duas semanas, por quanto tempo você foi capaz de	

fazer as seguintes tarefas sem dificuldades causadas pelo seu trabalho?	
a) Falar, pessoalmente, com outros em reuniões ou ao telefone.	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todo o tempo <input type="radio"/> A maior parte do tempo <input type="radio"/> Alguma parte do tempo <input type="radio"/> Uma pequena parte do tempo <input type="radio"/> Nenhuma parte do tempo <input type="radio"/> Não se aplica ao meu trabalho
b) Levantar, carregar ou mover objetos com mais que 4,5kg no trabalho	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todo o tempo <input type="radio"/> A maior parte do tempo <input type="radio"/> Alguma parte do tempo <input type="radio"/> Uma pequena parte do tempo <input type="radio"/> Nenhuma parte do tempo <input type="radio"/> Não se aplica ao meu trabalho
c) Sentar-se, ficar de pé ou permanecer na mesma posição por mais de 15 minutos enquanto trabalhava	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todo o tempo <input type="radio"/> A maior parte do tempo <input type="radio"/> Alguma parte do tempo <input type="radio"/> Uma pequena parte do tempo <input type="radio"/> Nenhuma parte do tempo <input type="radio"/> Não se aplica ao meu trabalho
d) Repetir várias vezes o mesmo movimento enquanto trabalhava	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todo o tempo <input type="radio"/> A maior parte do tempo <input type="radio"/> Alguma parte do tempo <input type="radio"/> Uma pequena parte do tempo <input type="radio"/> Nenhuma parte do tempo <input type="radio"/> Não se aplica ao meu trabalho
e) Curvar-se, ou esticar-se para alcançar objetos enquanto trabalhava	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todo o tempo <input type="radio"/> A maior parte do tempo <input type="radio"/> Alguma parte do tempo <input type="radio"/> Uma pequena parte do tempo <input type="radio"/> Nenhuma parte do tempo <input type="radio"/> Não se aplica ao meu trabalho

f) Usar ferramentas ou equipamentos com as mãos (desde um telefone até uma furadeira.)	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Todo o tempo ○ A maior parte do tempo ○ Alguma parte do tempo ○ Uma pequena parte do tempo ○ Nenhuma parte do tempo ○ Não se aplica ao meu trabalho
2.9 Quão satisfeito você esta com sua saúde relacionada ao trabalho?	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Muito insatisfeito ○ Insatisfeito ○ Nem insatisfeito, nem satisfeito ○ Satisfeito ○ Muito satisfeito
2.10 Pratica atividade Física regularmente?	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Não ○ Sim, diariamente ○ Sim, 5 dias por semana ○ Sim, 3 dias por semana ○ Sim, 2 dias por semana ○ Sim, 1 dia por semana

3. SAÚDE FÍSICA E AUXÍLIO SAÚDE:

- **SAÚDE FÍSICA:** é definida como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Ou seja, o conceito de saúde transcende à ausência de doenças e afecções. Por outras palavras, a saúde pode ser definida como o nível de eficácia funcional e metabólica de um organismo a nível micro (celular) e macro (social).
“OMS”
- **AUXÍLIO DE SAÚDE:** é o acompanhamento médico, interação medicamentosa, ou qualquer tipo de tratamento de saúde que esteja recebendo. “CONCEITO REUNIÃO EXPERT’S”

3.1 O quanto você precisa de algum tratamento de saúde (medicamentos, fisioterapia, outros) para realizar o seu trabalho?	
	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Extremamente

4. SAÚDE FÍSICA / SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES

- **SAÚDE FÍSICA:** é definida como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Ou seja, o conceito de saúde transcende à ausência de doenças e afecções. Por outras palavras, a saúde pode ser definida como o nível de eficácia funcional e metabólica de um organismo a nível micro (celular) e macro (social).
“OMS”
- **SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES:**
- **SENTIMENTO:** de forma genérica, são informações que seres biológicos são capazes de sentir nas situações que vivenciam. Por exemplo, medo é uma informação de que há risco, ameaça ou perigo direto para o próprio ser ou para interesses correlatos. **”WIKIPEDIA”**
- **EMOÇÕES:** é uma experiência subjetiva, associada ao temperamento, personalidade e motivação. **”WIKIPEDIA”**
- **PREOCUPAÇÕES:** é num certo sentido, um anseio do que pode dar errado e como lidar com isso. Há na preocupação, pelo menos para o cérebro límbico primitivo, alguma coisa de mágico. Como um amuleto que afasta um mal previsto, a preocupação ganha psicologicamente o crédito de prevenir o perigo com o que se está obcecado. **”WIKIPEDIA”**

4.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nada ○ Muito pouco ○ Médio ○ Muito ○ Completamente

5. **IMAGEM CORPORAL:** é o conceito que cada pessoa tem de seu corpo e suas partes. Para que este conceito se forme é necessário o conhecimento tanto das estruturas anatômicas e relações entre as parte do corpo. A imagem corporal é como o corpo se apresenta para nós, ou seja, como vemos nós mesmos. Essa imagem será influenciada pelo meio em que vivemos e pelas situações que enfrentamos. **”WIKIPEDIA”**

5.1 Sua aparência física interfere no seu trabalho?	
	<ul style="list-style-type: none">○ Não○ Muito pouco○ Médio○ Muito○ Completamente

6. **SATISFAÇÃO PESSOAL / SATISFAÇÃO COM O TRABALHO:**

- **SATISFAÇÃO PESSOAL: LEVA EM CONTA OS ASPECTOS SÓCIO ECONÔMICOS, ESPIRITUAIS E PSICO-FISIOLÓGICOS QUE AFETAM O INDIVÍDUO. “O HOMEM EM BUSCA DA SATISFAÇÃO PESSOAL, BETH COSTA”**

- **SATISFAÇÃO COM O TRABALHO:** são fatores que afetam a motivação do indivíduo, tais como; fatores higienicos, condições de trabalho e conforto, políticas de organização, relações profissionais, salários, segurança no cargo, responsabilidade, liberdade, promoção e estabelecimento de objetivos. **”ITAMAR PEREIRA DE OLIVEIRA & VANESSA SOUSA SILVA, [HTTP://WWW.FMB.EDU.BR](http://www.fmb.edu.br)”**

6.1 Quão satisfeito voce esta com sua capacidade de desempenhar o seu trabalho?	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Muito insatisfeito ○ Insatisfeito ○ Nem insatisfeito, nem satisfeito ○ Satisfeito ○ Muito satisfeito
6.2 Considerando sua jornada de trabalho (remunerado) em horas, o quanto realizar horas além da jornada programada interferem na sua qualidade de vida?	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nada ○ Muito pouco ○ Médio ○ Muito ○ Completamente

7. SATISFAÇÃO PESSOAL / SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES.

- **SATISFAÇÃO PESSOAL:** leva em conta os aspectos socio econômicos, espirituais e psico fisiológico que afetam o individuo. “**O HOMEM EM BUSCA DA SATISFAÇÃO PESSOAL, Beth Costa**”
- **SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES:**
- **SENTIMENTO:** de forma genérica, são informações que seres biológicos são capazes de sentir nas situações que vivenciam. Por exemplo, medo é uma informação de que há risco, ameaça ou perigo direto para o próprio ser ou para interesses correlatos. “**WIKIPEDIA**”
- **EMOÇÕES:** é uma experiência subjetiva, associada ao temperamento, personalidade e motivação. “**WIKIPEDIA**”
- **PREOCUPAÇÕES:** é num certo sentido, um anseio do que pode dar errado e como lidar com isso. Há na preocupação, pelo menos para o cérebro límbico primitivo, alguma coisa de mágico. Como um amuleto que afasta um mal previsto, a preocupação ganha psicologicamente o crédito de prevenir o perigo com o que se está obcecado. “**WIKIPEDIA**”

7.1 Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Muito insatisfeito ○ Insatisfeito ○ Nem insatisfeito, nem satisfeito ○ Satisfeito ○ Muito satisfeito

8. **SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**: é a oportunidade de utilizar e desenvolver capacidades, no que diz respeito a autonomia, auto-controle relativo, qualidades múltiplas e informações sobre o processo total do trabalho, também a oportunidade de crescimento, avanço e desenvolvimento na carreira, o que engloba a possibilidade de carreira, o crescimento pessoal, as perspectivas de avanço salarial e a segurança de emprego.”**WIKIPEDIA**”

8.1 O quanto influenciou negativamente na sua qualidade de vida, você estar afastado do seu trabalho por motivos de férias, feriados, ou para participar de estudos?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> Completamente
8.2 O quanto influenciou positivamente na sua qualidade de vida, você estar afastado do seu trabalho por motivos de férias, feriados, ou para participar de estudos?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> Completamente

9. **SATISFAÇÃO PROFISSIONAL / SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES:**

- **SATISFAÇÃO PROFISSIONAL:** é a oportunidade de utilizar e desenvolver capacidades, no que diz respeito a autonomia, auto-controle relativo, qualidades múltiplas e informações sobre o processo total do trabalho, também a oportunidade de crescimento, avanço e desenvolvimento na carreira, o que engloba a possibilidade de carreira, o crescimento pessoal, as perspectivas de avanço salarial e a segurança de emprego. **"WIKIPEDIA"**
- **SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES:**
- **SENTIMENTO:** de forma genérica, são informações que seres biológicos são capazes de sentir nas situações que vivenciam. Por exemplo, medo é uma informação de que há risco, ameaça ou perigo direto para o próprio ser ou para interesses correlatos. **"WIKIPEDIA"**
- **EMOÇÕES:** é uma experiência subjetiva, associada ao temperamento, personalidade e motivação. **"WIKIPEDIA"**
- **PREOCUPAÇÕES:** é num certo sentido, um anseio do que pode dar errado e como lidar com isso. Há na preocupação, pelo menos para o cérebro límbico primitivo, alguma coisa de mágico. Como um amuleto que afasta um mal previsto, a preocupação ganha psicologicamente o crédito de prevenir o perigo com o que se está obcecado. **"WIKIPEDIA"**

9.1 Em relação ao seu trabalho você se considera uma pessoa cheia de vigor, de vontade, de força para realizar suas atividades, incluindo tarefas domésticas?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
9.2 O seu sentimento de nervosismo é capaz de atrapalhar o seu trabalho?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
9.3 O seu trabalho lhe afeta emocionalmente?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

9.4 Você consegue se sentir calmo, tranqüilo no seu ambiente de trabalho?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
9.5 Você sente que possui um trabalho prazeroso?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
9.6 O seu trabalho lhe deixa desanimado?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
9.7 O seu trabalho lhe deixa abatido?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
9.8 O seu trabalho lhe deixa cansado?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
9.9 Você se sente uma pessoa esgotada?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
9.10 Pensando em sua qualidade de vida relacionada ao trabalho, nas ultimas duas semanas, o quanto os seus problemas emocionais dificultaram você de fazer as seguintes tarefas?	
a) Falar pessoalmente, com outros em reuniões ou ao telefone?	
	<input type="radio"/> Todo o tempo <input type="radio"/> A maior parte do tempo <input type="radio"/> Alguma parte do tempo(50%) <input type="radio"/> Uma pequena parte do tempo <input type="radio"/> Nenhuma parte do tempo <input type="radio"/> Não se aplica ao meu trabalho
b) Controlar seu temperamento ao lidar com as pessoas enquanto trabalhava?	
	<input type="radio"/> Todo o tempo <input type="radio"/> A maior parte do tempo <input type="radio"/> Alguma parte do

	tempo(50%) <ul style="list-style-type: none"> ○ Uma pequena parte do tempo ○ Nenhuma parte do tempo ○ Não se aplica ao meu trabalho
c) Colaborar no trabalho de outras pessoas?	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Todo o tempo ○ A maior parte do tempo ○ Alguma parte do tempo(50%) ○ Uma pequena parte do tempo ○ Nenhuma parte do tempo ○ Não se aplica ao meu trabalho
9.11 O seu trabalho permite o seu progresso profissional?	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nada ○ Muito pouco ○ Médio ○ Muito ○ Completamente
9.12 O quanto o seu trabalho repercute nas suas atividades da vida diária e conseqüentemente apresenta impacto na sua qualidade de vida?	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nada ○ Muito pouco ○ Médio ○ Muito ○ Completamente

10. **SATISFAÇÃO PROFISSIONAL / REALIZAÇÕES E EXPECTATIVAS:**

- **SATISFAÇÃO PROFISSIONAL:** é a oportunidade de utilizar e desenvolver capacidades, no que diz respeito a autonomia, auto-controle relativo, qualidades múltiplas e informações sobre o processo total do trabalho, também a oportunidade de crescimento, avanço e desenvolvimento na carreira, o que engloba a possibilidade de carreira, o crescimento pessoal, as perspectivas de avanço salarial e a segurança de emprego. **”WIKIPEDIA”**
- **REALIZAÇÕES E EXPECTATIVAS:** são os objetivos alcançados/ conquistados e o que espera conquistar no futuro. **“REUNIÃO EXPERT’S”**

10.1 Você esta atualmente empregado, ou com alguma atividade informal remunerada?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
10.2 O seu trabalho lhe da rendimento (dinheiro) suficiente para satisfazer suas necessidades?	
	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> Completamente
10.3 Quão tranqüilo (seguro) você se sente em relação à estabilidade no trabalho?	
	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Extremamente

11. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL/ INTERAÇÃO SOCIAL:

- **SATISFAÇÃO PROFISSIONAL:** é a oportunidade de utilizar e desenvolver capacidades, no que diz respeito a autonomia, auto-controle relativo, qualidades múltiplas e informações sobre o processo total do trabalho, também a oportunidade de crescimento, avanço e desenvolvimento na carreira, o que engloba a possibilidade de carreira, o crescimento pessoal, as perspectivas de avanço salarial e a segurança de emprego. **“WIKIPEDIA”**
- **INTERAÇÃO SOCIAL:** comportamento dos indivíduos envolvidos, como resultado do contato e da comunicação que se estabelece entre eles. Desse modo, fica claro que o simples contato físico não é suficiente para que haja interação social. Por exemplo, se alguém se senta ao lado de outra pessoa num ônibus, mas ambos não conversam, não está havendo interação social. **“INFOPÉDIA”**

11.1 Durante as ultimas 4 semanas, de que maneira seu trabalho, ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação com sua família, amigos ou em grupos?	
	<input type="radio"/> De forma nenhum <input type="radio"/> Ligeiramente <input type="radio"/> Moderadamente <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Extremamente
11.2 Quanto seu trabalho interfere em relação ao aproveitar a sua vida?	
	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Extremamente

12. SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES:

- **SENTIMENTO:** de forma genérica, são informações que seres biológicos são capazes de sentir nas situações que vivenciam. Por exemplo, medo é uma informação de que há risco, ameaça ou perigo direto para o próprio ser ou para interesses correlatos. **"WIKIPEDIA"**
- **EMOÇÕES:** é uma experiência subjetiva, associada ao temperamento, personalidade e motivação. **"WIKIPEDIA"**
- **PREOCUPAÇÕES:** é num certo sentido, um anseio do que pode dar errado e como lidar com isso. Há na preocupação, pelo menos para o cérebro límbico primitivo, alguma coisa de mágico. Como um amuleto que afasta um mal previsto, a preocupação ganha psicologicamente o crédito de prevenir o perigo com o que se está obcecado. **"WIKIPEDIA"**

<p>12.1 Pensando em sua qualidade de vida relacionada ao trabalho, nas ultimas duas semanas, o quanto os seus problemas relacionados ao trabalho dificultaram (diminuíram) a quantidade de concentração, de pensar com clareza, de se dedicar plenamente a suas atividades, ou de fazer as tarefas que você gostaria?</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nada ○ Muito pouco ○ Médio ○ Muito ○ Completamente

13. SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES / SAÚDE

PSICOSSOCIAL:

- **SENTIMENTO EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES:**
- **SENTIMENTO:** de forma genérica, são informações que seres biológicos são capazes de sentir nas situações que vivenciam. Por exemplo, medo é uma informação de que há risco, ameaça ou perigo direto para o próprio ser ou para interesses correlatos. **"WIKIPEDIA"**
- **EMOÇÕES:** é uma experiência subjetiva, associada ao temperamento, personalidade e motivação. **"WIKIPEDIA"**
- **PREOCUPAÇÕES:** é num certo sentido, um anseio do que pode dar errado e como lidar com isso. Há na preocupação, pelo menos para o cérebro límbico primitivo, alguma coisa de mágico. Como um amuleto que afasta um mal previsto, a preocupação ganha psicologicamente o crédito de prevenir o perigo com o que se está obcecado. **"WIKIPEDIA"**
- **SAÚDE PSICOSSOCIAL:** refere-se a uma grande variedade de fatores psicológicos e sociais que se relacionam com a saúde. **"FACTORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS PARA A SAÚDE MENTAL, MARIA DA CONCEIÇÃO DE ALMEIDA MARTINS"**

13.1 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?	
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto	

cuidado como geralmente faz?	
	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sim<input type="radio"/> Não
13.2 O seu trabalho interfere na sua vida sexual?	
	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nada<input type="radio"/> Muito pouco<input type="radio"/> Médio<input type="radio"/> Muito<input type="radio"/> Completamente

14. SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES / INTERAÇÃO SOCIAL:

- **SENTIMENTO EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES:**
- **SENTIMENTO:** de forma genérica, são informações que seres biológicos são capazes de sentir nas situações que vivenciam. Por exemplo, medo é uma informação de que há risco, ameaça ou perigo direto para o próprio ser ou para interesses correlatos. **"WIKIPEDIA"**
- **EMOÇÕES:** é uma experiência subjetiva, associada ao temperamento, personalidade e motivação. **"WIKIPEDIA"**
- **PREOCUPAÇÕES:** é num certo sentido, um anseio do que pode dar errado e como lidar com isso. Há na preocupação, pelo menos para o cérebro límbico primitivo, alguma coisa de mágico. Como um amuleto que afasta um mal previsto, a preocupação ganha psicologicamente o crédito de prevenir o perigo com o que se está obcecado. **"WIKIPEDIA"**
- **INTERAÇÃO SOCIAL:** é o comportamento dos indivíduos envolvidos, como resultado do contato e da comunicação que se estabelece entre eles. Desse modo, fica claro que o simples contato físico não é suficiente para que haja interação social. Por exemplo, se alguém se senta ao lado de outra pessoa num ônibus, mas ambos não conversam, não está havendo interação social. **"INFOPÉDIA"**

14.1 Quão satisfeito você esta com suas relações no trabalho:	
a) Chefia	
	<input type="radio"/> Muito insatisfeito <input type="radio"/> Insatisfeito <input type="radio"/> Nem insatisfeito, nem satisfeito <input type="radio"/> Satisfeito <input type="radio"/> Muito satisfeito
b) Colegas	
	<input type="radio"/> Muito insatisfeito <input type="radio"/> Insatisfeito <input type="radio"/> Nem insatisfeito, nem satisfeito <input type="radio"/> Satisfeito <input type="radio"/> Muito satisfeito
c) Subordinados	
	<input type="radio"/> Muito insatisfeito <input type="radio"/> Insatisfeito

	<ul style="list-style-type: none">○ Nem insatisfeito, nem satisfeito○ Satisfeito○ Muito satisfeito
d) Profissional autônomo	
	<ul style="list-style-type: none">○ Sim○ Não

15. **SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES / ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO:**

- **SENTIMENTOS, EMOÇÕES E PREOCUPAÇÕES:**
- **SENTIMENTOS:** de forma genérica, são informações que seres biológicos são capazes de sentir nas situações que vivenciam. Por exemplo, medo é uma informação de que há risco, ameaça ou perigo direto para o próprio ser ou para interesses correlatos. **”WIKIPEDIA”**
- **EMOÇÕES:** é uma experiência subjetiva, associada ao temperamento, personalidade e motivação. **”WIKIPEDIA”**
- **PREOCUPAÇÕES:** é num certo sentido, um anseio do que pode dar errado e como lidar com isso. Há na preocupação, pelo menos para o cérebro límbico primitivo, alguma coisa de mágico. Como um amuleto que afasta um mal previsto, a preocupação ganha psicologicamente o crédito de prevenir o perigo com o que se está obcecado. **”WIKIPEDIA”**
- **ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO:** é um processo cognitivo pelo qual o intelecto focaliza e seleciona estímulos, estabelecendo relação entre eles. **“WIKIPEDIA”**

15.1 O quanto você consegue se concentrar no seu ambiente de trabalho?	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nada ○ Muito pouco ○ Mais ou menos ○ Bastante ○ Extremamente

16. AMBIENTE DE TRABALHO: O ambiente de trabalho se refere à estrutura, ar, maquinário, móveis, produtos, substâncias químicas, materiais e processos de produção no local de trabalho. Estes fatores podem afetar a segurança e saúde física dos trabalhadores, bem como sua saúde mental e seu bem-estar.” **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS: UM MODELO PARA AÇÃO: PARA EMPREGADORES, TRABALHADORES, FORMULADORES DE POLÍTICA E PROFISSIONAIS. /OMS; TRADUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. – BRASÍLIA: SESI/DN, 2010”**

16.1 Quão saudável é o seu ambiente de trabalho em relação ao clima?	
	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Extremamente
16.2 Quão saudável é o seu ambiente de trabalho em relação ao barulho?	
	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Extremamente
16.3 Quão saudável é o seu ambiente de trabalho em relação a poluição?	
	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Extremamente
16.4 Quão estão disponíveis para você as informações (riscos) referentes ao seu trabalho?	
	<input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> Completamente
16.5 Quão satisfeito você esta com as condições do local de onde você	

trabalha?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Muito insatisfeito <input type="radio"/> Insatisfeito <input type="radio"/> Nem insatisfeito nem satisfeito <input type="radio"/> Satisfeito <input type="radio"/> Muito satisfeito
16.6 Quão satisfeito você esta com o de transporte que é disponível para você se deslocar até o seu local de trabalho?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Muito insatisfeito <input type="radio"/> Insatisfeito <input type="radio"/> Nem insatisfeito nem satisfeito <input type="radio"/> Satisfeito <input type="radio"/> Muito satisfeito <input type="radio"/> Não utiliza
16.7 O local onde você mora lhe dá segurança, proteção e conforto?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nada <input type="radio"/> Muito pouco <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Muito <input type="radio"/> Completamente
16.8 Quão satisfeito você esta em relação a sua alimentação no lar e no local de trabalho?	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Muito insatisfeito <input type="radio"/> Insatisfeito <input type="radio"/> Nem insatisfeito nem satisfeito <input type="radio"/> Satisfeito <input type="radio"/> Muito satisfeito

11.2 Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, abaixo assinado, concordo em participar, na qualidade de entrevistado, do estudo "GRUPO FOCAL, UMA TÉCNICA DE PESQUISA QUALITATIVA PARA ELABORAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHADOR."

Declaro estar ciente e esclarecido de que o objetivo do estudo é realizar a construção e validação de um instrumento de pesquisa para avaliar a qualidade de vida de trabalhadores. A minha participação no referido estudo será no sentido de participar das reuniões ou encontros, com duração prevista de 1 a 2 horas, com objetivo de realizar uma discussão dos principais aspectos a respeito do conceito de qualidade de vida para trabalhadores. As dúvidas poderão ser esclarecidas no ato ou diretamente com o pesquisador João Carlos Comel, pelo telefone (54)99329645. Se houver necessidade de mais informações sobre o estudo, o/a Sr/a. pode procurar o coordenador da Pesquisa, Prof. Antonio Cardoso do Santos, no Serviço de Fisiatria, térreo, zona 2, pelo número 33597634. Para esclarecimentos éticos no CEP HCPA fone 33598304, localizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos, 2350, Bairro Santa Cecília; telefone (51) 3359-8953.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, que se enquadra como de risco mínimo para os trabalhadores, pois não se fará uso de instrumentos ou metodologias invasivas, como tratamentos e/ou uso de medicamentos. A perda prevista para os participantes será o tempo utilizado para responder ao instrumento de pesquisa.

Participarei ciente de que o presente termo é assinado em duas vias ficando uma com o participante e outra com o pesquisador responsável, e que os dados informados são confidenciais e de que minha identidade não será revelada publicamente em nenhuma hipótese, de forma que somente os pesquisadores terão acesso às informações prestadas a seguir e que estas serão guardadas com segurança. Concordo que estes dados sejam utilizados exclusivamente para fins de análise científica e que em nenhuma hipótese será permitido o acesso a informações individualizadas a qualquer pessoa, incluindo empregadores, superiores hierárquicos e seguradoras.

Declaro que minha participação é totalmente voluntária para a qual não reclamo nem recebo ganho de qualquer natureza e que estou ciente de que minha participação recusa ou pedido para sair do estudo não me ocasionarão qualquer penalização ou represália, mantendo-se o sigilo das informações por ventura já prestadas por mim.

Porto Alegre, ____ de _____ de 201____

Nome e Assinatura do respondente

Nome e Assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

30, 05, 2011

LOOSTS TV

11.3 Carta de envio de artigo para Revista

Novo artigo (CSP_0954/13)

Cadernos de Saude Publica <cadernos@ensp.fiocruz.br>
Para: joacomel@gmail.com

6 de maio de 2013 21:56

Prezado(a) Dr(a). João Carlos Comel:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Grupos focais como ferramenta para avaliação de qualidade de vida – Uma revisão da literatura." (CSP_0954/13) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no link "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Cavalho
Profª. Claudia Travassos
Profª. Claudia Medina Coeli
Editoras



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

07/05/13

ScholarOne Manuscripts

BMJ[Edit Account](#) | [Instructions & Forms](#) | [Log Out](#) | [Get Help Now](#)**SCHOLARONE™**
Manuscripts[Main Menu](#) → [Author Dashboard](#) → Submission Confirmation

You are logged in as João Cornel

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *BMJ*.

Manuscript ID: BMJ.2013.012633

Title: DEVELOPMENT OF A QUALITY OF WORKING LIFE QUESTIONNAIRE: USE OF
THE EXPERT FOCUS GROUP TECHNIQUEAuthors: Cornel, João
da Rocha, Neusa
Martini, Marcio
Vidor, Cristiane
dos Santos, Antonio
Stefani, Marco
Nery, Rosane

Date Submitted: 07-May-2013

 Print  [Return to Dashboard](#)

ScholarOne Manuscripts™ v4.11.0 (patent #7,257,767 and #7,263,655). © ScholarOne, Inc., 2013. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.

 [Follow ScholarOne on Twitter](#)[Terms and Conditions of Use](#) - [ScholarOne Privacy Policy](#) - [Get Help Now](#)