

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ANA LÚCIA DA SILVA

AFASTAMENTOS DO TRABALHO POR DOENÇAS
SOLICITADOS AO INSS DE MARINGÁ-PR E SUA RELAÇÃO
COM A QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DO REQUERENTE

MARINGÁ
2017

ANA LÚCIA DA SILVA

AFASTAMENTOS DO TRABALHO POR DOENÇAS
SOLICITADOS AO INSS DE MARINGÁ-PR E SUA RELAÇÃO
COM A QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DO REQUERENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lucia Elaine Ranieri Cortez
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mirian Ueda Yamaguchi

MARINGÁ
2017

Espaço reservado para a construção da ficha catalográfica final.

ANA LÚCIA DA SILVA

AFASTAMENTO DO TRABALHO POR DOENÇA SOLICITADOS
AO INSS E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DO
REQUERENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro
Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof^a. Dr^a. Lúcia Elaine Ranieri Cortez
Centro Universitário de Maringá (Presidente)

Prof^a. Dr^a Sônia Cristina Soares Dias Vermelho
Universidade Federal do Rio de Janeiro (Presidente)

Prof^a. Dr^a Ely Mitie Massuda
Centro Universitário de Maringá

Aprovado em 21 de fevereiro de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, ao meu esposo, meus filhos, meus pais, meus irmãos, a toda minha família e amigos que sempre torceram por mim, em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por estar sempre ao meu lado e nunca me deixar desistir. Sua presença foi fundamental para que eu acreditasse que era possível e prosseguisse na caminhada.

Ao meu esposo Edson Panaro, meu companheiro, meu melhor amigo, meu parceiro, meu porto seguro, minha vida, meu tudo. Obrigada por ser essa pessoa tão especial e que eu tanto amo.

Aos meus filhos Anelise, Alexia, Edson Júnior e Paulo, pelos momentos que não pude passar com vocês enquanto estive realizando essa dissertação e contei com a compreensão e o amor de vocês.

Ao meu pai Sebastião que sempre torceu por mim.

Às minhas orientadoras Lucia Elaine Raniery Cortez e Mirian Yamaguchi pela paciência, dedicação e carinho que tiveram comigo durante essa jornada e por compartilharem sua experiência e conhecimento.

Ao Valdir da Silva Júnior, meu amigo, que me auxiliou com os dados para a pesquisa e me ajudou a realizar esse sonho.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Obrigada!

“Porque para Deus nada é impossível.”

Lucas 1:37

AFASTAMENTOS DO TRABALHO POR DOENÇAS SOLICITADOS AO INSS DE MARINGÁ-PR E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DO REQUERENTE

RESUMO

Sabe-se que a qualidade e estilo de vida influenciam no processo de adoecer. O presente estudo teve como objetivo relacionar os pedidos de auxílio-doença solicitados ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de Maringá-PR com o estilo de vida e a qualidade de vida no trabalho do requerente. Para isso, foi realizado um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, onde foram aplicados questionários para identificar o perfil sociodemográfico, Estilo de Vida Fantástico e Qualidade de Vida no Trabalho de 502 requerentes que tinham perícia médica agendada no período de outubro de 2016. As profissões mais citadas foram de vendedor, costureira, comerciante, motorista, cortador de cana, diarista/doméstica e pedreiro, que juntas, correspondem a 53,79 % dos entrevistados. Do conjunto destes, 51,79% eram do sexo feminino e 31,67% possuíam de 45 a 60 anos de idade. A cidade de Maringá era o domicílio de 61,16%, dos indivíduos, a maioria possuía filhos, escolaridade inferior ao ensino médio e renda mensal abaixo de 3 salários mínimos. As doenças mais apontadas foram doença pulmonar, diabetes e hipertensão, dorsalgia, cirurgias em geral, fratura e depressão. O escore do instrumento “Estilo de Vida Fantástico” está significativamente associado com o sexo, categoria de idade, grau de escolaridade e renda mensal do respondente, considerando um nível de 5% de significância. Por outro lado, os fatores profissão, idade, cidade, quantidade de filhos e grau de escolaridade apresentaram associação significativa com a classificação obtida por meio do QWLQ – bref, que avaliam a qualidade de vida dos indivíduos em relação ao trabalho. Esse estudo demonstrou que características sociodemográfico, estilo de vida e qualidade de vida no trabalho influenciam diretamente no adoecer dos trabalhadores. Apontou ainda que, algumas variáveis, como baixa escolaridade, idade e renda mensal determinam maior risco de absenteísmo no trabalho.

Palavras-chave: Absenteísmo. Doença, Qualidade de vida no trabalho. Estilo de vida. INSS.

ABSENCE OF WORK DUE TO ILLNESSES REQUESTED FROM THE INSS OF MARINGÁ-PR AND ITS RELATION TO THE QUALITY AND LIFESTYLE OF THE APPLICANT

ABSTRACT

It is known that quality and lifestyle influence the process of becoming ill. The present study had as objective to relate the requests for sickness assistance requested to the National Social Security Institute (INSS) of Maringá-PR with the lifestyle and the quality of life in the applicant's work. For this, a cross-sectional observational study was conducted with a quantitative approach, in which questionnaires were applied to identify the socio-demographic profile, Fantastic Lifestyle and Quality of Life in the Work of 502 applicants who had medical expertise scheduled in October 2016. Validated questionnaires were applied and the answers were statistically analyzed. The professions most cited were the seller, seamstress, merchant, driver, sugarcane cutter, homemaker and bricklayer, who together correspond to 53.79% of respondents. More than half of the individuals were females 51.79% and 31.67% were 45 to 60 years old. The city of Maringá was the home of 61.16%, of the individuals, most had children, schooling lower than high school and monthly income below 3 minimum wages. The most common diseases were pulmonary disease, diabetes and hypertension, back pain, general surgery, fracture and depression. The score of the "Fantastic Lifestyle" instrument is significantly associated with the gender, age category, educational level and monthly income of the respondent, considering a level of 5% of significance. On the other hand, the factors profession, age, city, number of children and educational level had a significant association with the classification obtained through the QWLQ - bref, which evaluate the quality of life of the individuals in relation to work. This study demonstrated that socio-demographic characteristics, lifestyle and quality of life at work directly influence the sickness of workers. He also pointed out that some variables such as low schooling, age and monthly income determine a higher risk of absenteeism at work.

Keywords: Absenteeism. Illness, Quality of life at work. Lifestyle. INSS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1	
1.1	
Objetivos.....	133
1.1.1 Objetivo geral	133
1.1.2 Objetivos específicos.....	Erro! Indicador não definido. 3
2 REVISÃO DE LITERATURA	144
2.1 Saúde do trabalhador	Erro! Indicador não definido. 4
2.2 Absenteísmo	Erro! Indicador não definido. 6
2.3 Estilo e qualidade de vida.....	Erro! Indicador não definido. 7
2.4 INSS.....	20
3	
METODOLOGIA.....	244
3.1 Delineamento e Local de Estudo.....	24
3.2 População alvo.....	24
3.3 Critérios de Inclusão.....	24
3.4 Critérios de Exclusão.....	24
3.5 Aspectos Éticos.....	25
3.6 Seleção da Amostra.....	25
3.7 Análise Estatística.....	26
4 RESULTADOS	Erro! Indicador não definido. 8
5 DISCUSSÃO	34
6 CONCLUSÃO.....	Erro! Indicador não definido. 1
7 REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido. 2
8 ANEXOS	Erro! Indicador não definido. 2
9 APÊNDICES	Erro! Indicador não definido. 7

1 INTRODUÇÃO

Entende-se por absenteísmo no trabalho a soma dos períodos em que o funcionário não se apresenta ao seu local de labor (AGUIAR et al., 2009).

O absenteísmo do trabalho devido à doenças, também chamado de falta ao trabalho justificada por licença médica, é um precioso indicador das condições de saúde dos trabalhadores (LEÃO et al.,2015).

O auxílio-doença é um benefício por incapacidade, pago em pecúnia, ao requerente segurado do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), quando esse é acometido por uma doença ou acidente que o torne, temporariamente, incapaz para o trabalho (BRASIL, 2014).

A incapacidade para o trabalho tem estreita relação com questões sociais, econômicas e de saúde pública de um país. Nesse contexto, vários aspectos necessitam ser levados em consideração (OIT, 2003).

O absenteísmo do trabalhador por motivo de doença tem um efeito desastroso para as empresas e sobre a economia em geral. Ocasiona uma redução da força de trabalho, onera a produção industrial, aumenta despesas com convênios médicos, influencia sistema de saúde pública, aumenta as filas no sistema previdenciário e encarece as ações no âmbito social. (JAKOBI et al.,2013). O impacto econômico é negativo e desestrutura a cadeia produtiva, uma vez que, os meios de produção necessitam da presença do funcionário dentro da empresa. (OENNING et al.,2014).

Essa problemática é recorrente nas organizações industriais modernas que dependem do comprometimento e presença no trabalho de seus colaboradores (AGUIAR et al., 2009).

Ainda hoje no Brasil, há a existência de uma arquitetura de trabalho heterogênea, composta de características de trabalho consideradas arcaicas ou ultrapassadas, mesclando-se com tecnologias modernas em alguns setores (COSTA et al., 2015).

O trabalho é fruto de uma construção histórica social e dinâmica ao longo do tempo. Um processo instável, ainda em mudança, herdado de uma invenção humana onde se firmou posto de trabalho e trabalhador. Há variação de uma sociedade para outra e sua compreensão necessita de avaliação do contexto em que se insere (DALL`ORTO et al., 2011).

Devido ao crescente processo saúde x doença do trabalhador, as situações sanitárias, a insalubridade, as más condições de trabalho, as medidas de abordagem de saúde e previdência têm ganhado importância nas políticas do Estado e das empresas, em especial a partir de 1980, quando houve reestruturação industrial e econômica no Brasil (SANTANA et al.,2006).

O perfil sociodemográfico e ocupacional tem íntima ligação com o processo de adoecer do indivíduo em idade produtiva, e está aumentando na mudança socioeconômico e industrial mundial, devendo ser considerado a diversificação dos processos produtivos, que por vezes deixam os trabalhadores expostos a riscos ambientais (GOMEZ et al., 2005).

A relação entre absenteísmo no trabalho e fatores de estilo de vida não saudáveis como tabagismo, hábitos alimentares repreensíveis e sedentarismo, está sendo bastante estudada nos últimos anos (FITZGERALD et al., 2016).

Qualidade de vida é a auto interpretação de sua posição na vida, no contexto de sua cultura, nos sistemas de valores em que está inserido e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas ambições. Associa-se à essa percepção a saúde física, psicológica, grau de independência, relações sociais, espiritualidade e a relação com meio ambiente. (AZEVEDO et al. 2013).

A maneira de inserção dos homens e mulheres nos ambientes de trabalho contribui determinantemente na maneira de adoecer e morrer. As ações de prevenção devem ser baseadas na articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. (BRASIL, 2002)

Os trabalhadores expostos à carga e horários de trabalho extensos, executam serviços de maneira estressante e por vezes não gozam de momentos de descanso, lazer ou relaxamento, dentro do próprio ambiente laboral, que leva à predisposição de acidentes de trabalho (OIT, 2003).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorre, em média, o óbito de cinco mil pessoas, por dia, devido a acidentes ou doenças relacionadas ao labor. Total de 270 milhões de acidentes todos os anos (SOUZA et al., 2014).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a taxa de desocupação (proporção de pessoas desocupadas em relação à população economicamente ativa) foi estimada em 8,2% em 2016. Em relação a fevereiro de 2015, a taxa aumentou 2,4 pontos percentuais (passando de 5,8% para 8,2%) no intervalo de um ano. (IBGE, 2016)

O conhecimento da qualidade de vida de uma população é bastante importante porque indica a eficácia e o impacto de tratamentos realizados, compara ações para o controle dos problemas de saúde, avalia o impacto físico e psicossocial das enfermidades da produção e repassam informações e percepção para pesquisadores (CARR et al., 2001).

Um foco individual é importante na avaliação da qualidade de vida e estilo de vida, relacionando com incapacidade laboral. Acredita-se que indivíduos com melhor qualidade de vida estão menos propensos à problemas de saúde (PIMENTA et al., 2008).

À luz do exposto, é importante compreender a magnitude com que as doenças e acidentes ocupacionais atingem os trabalhadores e percebe-se a necessidade de realizar investigações a esse respeito. Levantamentos de informações para implementação de políticas públicas e privadas, de modo que, o material coletado auxilie no controle dos agravos, preservação e promoção da saúde da população trabalhadora são necessários (BRASIL, 2014). Essa foi a problemática que ensejou o presente estudo.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Relacionar os pedidos de auxílio-doença solicitados ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) com o estilo de vida e a qualidade de vida no trabalho do requerente.

1.1.2 Objetivos específicos

- Analisar o perfil do trabalhador em relação à profissão, gênero, idade, escolaridade, renda mensal, e presença ou ausência de filhos.
- Identificar as doenças mais prevalentes na população estudada;
- Verificar se há relação entre as doenças identificadas e o estilo de vida;
- Verificar se há relação entre as doenças identificadas e a qualidade de vida no trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde do Trabalhador

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade.

Alcançar o melhor estado de saúde que é possível atingir é um direito fundamental de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, de condição econômica ou social (BRASIL, 1990).

É necessário compreender que a saúde e a doença são processos dinâmicos e articulados com o momento histórico e o desenvolvimento produtivo (BRASIL, 2012).

Segundo o artigo 19 da Constituição Federal de 1988 a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O acesso à saúde independe de pagamento e é irrestrito (BRASIL, 1988).

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do conhecimento que busca compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença (BRASIL, 2002).

O trabalho agrega sentido à vida, servindo como um organizador, onde a pessoa é reconhecida no exercício de sua atividade profissional. Essa relação torna o trabalho uma forma de entendimento dos processos de formação de subjetividades do ser humano e da sociedade (DALL`ORTO et al.,2011).

Trabalhador é a pessoa que desenvolve uma atividade de trabalho, não necessitando estar inserida no mercado formal, incluindo o desempenho de trabalho familiar e/ou doméstico (BRASIL, 1978).

Saúde do Trabalhador é um conjunto de atividades que tem por finalidade, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos decorridos das condições de trabalho(BRASIL, 2002).

Essa definição aponta que a saúde do trabalhador é alvo de políticas públicas de saúde, direcionando e apontando a obrigação do SUS de buscar alternativas para realizar, instituir e oferecer aos trabalhadores a proteção e recuperação da sua saúde (BRASIL, 1988).

A vigilância em saúde se apresenta como ação prioritária para a atenção integral à saúde do trabalhador e, desse modo, dimensionar seu significado e compreender sua magnitude é imprescindível (ROUQUAYROL et al., 1994). A vigilância em saúde significa uma observação intensa, cuidadosa e atenta. Utiliza-se esse termo para demonstrar o cuidado acerca das condições de saúde de uma população com o intuito de prevenir agravos e promover qualidade de vida, atentando-se para questões relacionadas às condições de vida que interferem e prejudicam a saúde do trabalhador (SANTANA et al., 2006).

Os acidentes de trabalho possuem, na maioria das vezes, causas evitáveis, e essas ocorrências acarretam forte impacto na economia do país e para a sociedade (OIT, 2003).

Estima-se que 4% do Produto Interno Bruto (PIB) é perdido, todos os anos, no país, decorrentes da ausência no trabalho por doenças e agravos ocupacionais, e esse número sobe para 10% quando o assunto é ligado aos países em desenvolvimento (SANTANA et al., 2006).

Os acidentes de trabalho são mais expressivos nas populações mais jovens, quando esses se inserem no mercado de trabalho, e isso pode acarretar uma grande perda na capacidade produtiva e econômica do país (BRASIL, 2014).

Estima-se que 270 milhões de acidentes de trabalho ocorrem no mundo, por ano, sendo que 2 milhões desses casos vão a óbito. Esses dados suscitam a tese de negligência nas condições de trabalho e injustiça social. Verificou-se que as despesas com acidentes de trabalho não são totalmente contabilizadas, mesmo quando se trata de países desenvolvidos, ou com grande avanço na área da prevenção de acidentes (OIT, 2003).

Estima-se que em cerca de 350 mil o número de registros anuais de pessoas que morrem em decorrência de lesões fatais no trabalho no Brasil (BRASIL, 2014).

Ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) cabe a responsabilidade de inspecionar e fiscalizar as condições de trabalho a que os indivíduos estão expostos. (BRASIL, 1978).

2.2 Absenteísmo no trabalho

Absenteísmo é a ausência do trabalhador do seu local de trabalho. É a não presença desse funcionário, durante o expediente em que deveria estar em atividade. Nesse contexto estão incluídos os atrasos, as ausências e as faltas dos trabalhadores (MARQUES et al., 2011).

As estruturas dos processos de trabalho, dos cargos e as atividades requeridas dentro da empresa precisam ser revistas no absenteísmo (AGUIAR et al., 2009).

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2003) a ausência no local de labor por parte do empregado é considerado absenteísmo e se o motivo for doença do trabalhador, é denominado absenteísmo por doença. Nesse período, enquanto durar a licença médica, o indivíduo é considerado incapaz para o trabalho. O absenteísmo é um problema que vem crescendo ao longo do tempo nos países desenvolvidos, principalmente devido ao envelhecimento da força de trabalho.

Os custos econômicos relacionados à perda do dia de trabalho nas empresas é muito grande. Por isso, os empregadores estão viabilizando programas de incentivo à promoção da saúde e bem-estar no local de trabalho (AMMENDOLIA et al., 2016).

Atualmente, vários instrumentos estão sendo experimentados para medir o absenteísmo no trabalho, e com eles obtém-se estimativas amplamente variáveis de perda de produtividade. Ainda não há um modelo aceito universalmente (ZHANG et al., 2011).

O absenteísmo é um mal recorrente nas organizações, tanto públicas quanto privadas. Na área pública esse problema é ainda mais preocupante, pois aumenta os gastos, e acarreta em perda para toda a população, que é a parte pagante das consequências dos custos adicionais provocados pelas faltas ao trabalho (SOUZA et al., 2014).

O absenteísmo apresenta muitas causas e se constitui como desafio para as empresas, representando prejuízo econômico para ambos, empresa e trabalhador. Estudos afirmam que o absenteísmo é uma forma de manifestação frente às exigências de um trabalho "adoecedor" imposto ao trabalhador (MARQUES et al., 2011).

Os custos do trabalhador que falta ao trabalho por doenças crônicas associadas com fatores de risco e de saúde são muito significativos, e desencadeiam baixa produtividade das empresas e serviços, elevando os ônus no processo de produção de bens e serviços e consequentemente, menores salários aos seus empregados (ASAY et al., 2016). Os trabalhos que exigem grande carga horária de trabalho, com poucas pausas, têm íntima relação com o adoecer do trabalhador (SOUZA et al., 2008).

Há relação entre absenteísmo no trabalho e estilo de vida adversa, tais como tabagismo, sedentarismo e hábitos alimentares irregulares e obesidade (FITZGERALD et al., 2016). Foi encontrada uma relação entre aumento na atividade da doença e conseqüentemente diminuição da força de produção no trabalho (HOOGE et al., 2016).

O absenteísmo no trabalho constitui um fator negativo no ramo gerencial, tornando-se um problema bastante dificultoso, complexo e oneroso para o mercado de trabalho. Nessa problemática há a necessidade de mudanças e investimentos em programas de saúde do trabalhador (BARROS et al., 2014).

Segundo a literatura, trabalhadores que operam em equipe têm melhores resultados, são mais felizes, produtivos e recebem melhores salários em relação aos trabalhadores que desempenham sua atividade isoladamente (KROL et al., 2016).

2.3 Estilo e qualidade de vida:

Qualidade de vida é a “a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 2005).

A qualidade e o estilo de vida do indivíduo relacionam-se com a não existência de enfermidades, ressaltando a ausência de sintomas ou disfunções (ROCHA, 2000).

Muitas vezes, qualidade e estilo de vida são tomados como sinônimos, porém, cada um apresenta sua especificidade e também semelhanças entre si. A abordagem de Buss et al., (2000) aponta a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações, além da importância de ações da vida social e para uma condição elevada de saúde.

Em 1978 a Declaração da Alma-Ata apontou para os cuidados de saúde primários, a serem abordados na comunidade, bem como, além dos serviços curativos e de reabilitação, também os de prevenção (OMS, 1978).

O conceito de qualidade de vida se expandiu após a Segunda Guerra Mundial nos Estados Unidos, deixando de lado bens materiais para valorizar estado de saúde, segurança, educação, trabalho, lazer, mortalidade infantil e crescimento individual (GOMES et al., 2008).

Atualmente as empresas têm buscado adequar os espaços internos e externos para realização de atividades que visem o bem estar de seus funcionários e suas necessidades básicas,

pois, funcionários satisfeitos, rendem mais no trabalho e alcançam metas cada vez mais altas. A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) garante essa eficácia (FERNANDES et al., 1996).

Doenças crônicas estão associadas com a qualidade de vida diminuída. Fatores que também influenciam a qualidade de vida: sexo; idade, hábitos prejudiciais à saúde, como fumo e consumo de álcool; estado civil e pobreza (AZEVEDO et al., 2013).

A assistência de serviços médico-hospitalares de qualidade é importante no enfrentamento dos determinantes da saúde, precisa de políticas públicas coerentes e de participação popular. (BUSS et al., 2000).

A qualidade e estilo de vida vão além do modelo unicamente biomédico. Estão envolvidos fatores subjetivos como bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal e de objetivos, como satisfação das necessidades básicas e social como componentes. (PILATTI, 2009).

A qualidade de vida (QVT) no trabalho é um conceito polissistêmico e faz parte da concepção de qualidade de vida, numa perspectiva mais ampla. Saúde e qualidade de vida são dois temas muito relacionados, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde (GOMES et al., 2008).

Para melhor compreensão do conceito qualidade de vida, deve-se diferenciá-lo do estado de saúde por meio de três dimensões principais: saúde mental, função física e função social. Para o estado de saúde, o fator mais importante é a função física. Para a qualidade de vida torna-se importante também a saúde mental e o bem-estar psicológico e social. Dessa forma, instrumentos diferentes devem ser utilizados para a avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde (SEIDI, 2004).

A OMS propõe que ao criar uma escala para avaliar a qualidade de vida, um conceito multidimensional subjetivo deve ser empregado, que inclui ambos os elementos positivos e negativos de avaliação e insere a subjetividade do construto no contexto cultural, social e ambiental. Neste sentido, uma vida saudável tem um profundo impacto na qualidade de vida das pessoas (CAVALCANTE-NÓBREGA, 2015).

A noção de qualidade de vida transita, portanto, em um campo semântico polissêmico: de um lado, encontram-se relacionada ao modo de vida, suas condições e estilos; de outro, inclui ideias sobre o desenvolvimento sustentável e sobre os direitos humanos e sociais. (MINAYO, 2000).

A qualidade de vida passou a ser um indicador da eficácia e do impacto de determinados tratamentos, para comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde, do

impacto físico e psicossocial das enfermidades e para produção de conhecimentos decorrentes dos esforços de integração e intercâmbio entre profissionais e pesquisadores do tema (SEIDI, 2004).

Carr et al. (2001) enfatizam a necessidade de um foco individual na avaliação da qualidade de vida, chamando atenção para o “paradoxo da incapacidade”, ou seja, pacientes com disfunções ou problemas de saúde importantes não apresentam, necessariamente, baixos escores nos questionários de avaliação da qualidade de vida.

Os hábitos de vida refletem na saúde das populações e devem ser alvos de intervenção governamental, para garantir uma sociedade mais saudável. Por essa ótica, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que têm se apresentado como principais causas de morte no Brasil e no mundo, têm sido alvo de uma diversidade de ações do governo com o objetivo de diminuir e enfrentar estes tipos de enfermidades (AMMENDOLIA et al., 2016).

Elencam-se como DCNT as seguintes doenças: hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, infarto, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Seus fatores de risco, de maneira geral, são considerados modificáveis (ZANG et al., 2011).

São eles; tabagismo, consumo prejudicial de álcool, sedentarismo, alimentação não saudável. Além disso, alguns determinantes sociais são observados, uma vez que a população com baixa escolaridade e renda é a mais atingida, o que comprovaria que o acesso à informação seria a forma mais eficaz de modificar o quadro atual (FOSSEY, 2015).

Segundo os estudos de Dewa et al. (2014), durante a última década, houve o aumento da atenção para a saúde mental dos trabalhadores e seus efeitos sobre o local de trabalho.

Por exemplo, os ministros europeus da Saúde têm defendido que os empregadores incluam programas de saúde mental como parte da saúde e segurança no trabalho. Endossos semelhantes têm sido feitos na Austrália, nos Países Membros da União Européia e Canadá (KROL et al., 2016).

A ausência no trabalho por motivo de doença é perturbadora e cara. O custo anual para a economia nacional do Reino Unido é estimado em cerca de 15 bilhões de libras. Na maioria dos países, o encargo financeiro recai principalmente sobre os empregadores e / ou no sistema de segurança social. Mas, a ausência de doença também tem impacto sobre os ganhos dos empregados (COGGON et al., 2013).

É importante perceber que uma diminuição do absenteísmo por doença no trabalho pode não indicar necessariamente uma melhora na saúde ou estratégias de enfrentamento bem sucedidos. Pode ser que, o trabalhador continue indo para o trabalho devido a fatores individuais

ou organizacionais, tais como a instabilidade no trabalho, problemas financeiros ou por ter que recuperar o atraso em trabalho após um período de ausência (BERGSTRON et al., 2014).

O estudo de Coggon et al. (2013) revela ainda que os fatores de riscos pessoais para ausência prolongada no trabalho por distúrbios musculoesqueléticos incluíram idade avançada, menor nível educacional, maior carga física no trabalho e ausência prolongada por doença não musculoesquelética, menor controle sobre o trabalho e as crenças mais negativas sobre o relacionamento de trabalho de lesões musculoesqueléticas.

Esses resultados sugerem que a ocorrência de doença osteomuscular pode ser reduzida através da eliminação de pressões excessivas de tempo no trabalho, maximizando a responsabilidade e controle dos trabalhadores, e proporcionando flexibilidade de direitos para as pessoas com sintomas incapacitantes, e o impacto de tais medidas poderiam ser útilmente investigada por estudos de intervenção (HOOGE et al., 2016)

A análise de indicadores como o estresse, a prática de atividade física regular, a alimentação, os comportamentos seguros e os relacionamentos pessoais são apontados como importantes influenciadores da qualidade de vida. Desse modo, a qualidade de vida tornou-se um indicador importante e complexo para analisar capacidade de se ter ou construir uma vida com condições satisfatórias (GRANDE et al., 2013).

As questões que compõem os fatores do estilo de vida são preocupantes. Os dados percentuais que se referem à prática de atividade física, lazer, consumo de frutas, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo são importantes na qualidade de vida do indivíduo (NAHAS, 2009).

Existe uma relação entre a atividade física e a melhoria da condição de saúde e a qualidade de vida do ser humano, assim como, a qualidade de vida e alimentação saudável são conceitos que estão estritamente relacionados, onde ingerir uma alimentação saudável e equilibrada é fundamental para o bem-estar do indivíduo (AGUIAR et al., 2015).

Quando o organismo recebe as quantidades ideais de nutrientes e vitaminas de que precisa, a sua saúde física melhora e conseqüentemente aumenta a qualidade de vida. Esses fatores do estilo de vida estão relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas e aos crescentes gastos com saúde pública e já significam um terço das mortes no mundo (NAHAS, 2009).

2.4 INSS

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é o local onde as pessoas enfermas em decorrência direta do trabalho ou não, procuram auxílio financeiro quando necessitam ausentar-se do seu labor. É prestado assistência financeira aos seus contribuintes, quando necessitam afastar-se do trabalho, temporária ou permanentemente, por doença (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2014).

Ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS cabe as funções de perícia médica, reabilitação profissional e pagamento de benefícios (BRASIL, 2002).

A criação do INSS ocorreu em 1990, mediante fusão do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) com o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) (BRASIL, 1990).

Através da Medida Provisória nº 717 de 28 de maio de 2016, posteriormente transformada na Lei nº 13.341 em 29 de setembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nessa

data, extinguiu-se o Ministério da Previdência Social e o INSS passou a integrar o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (BRASIL, 2016).

A antiga Previdência Social era regida pela Constituição Federal de 1988. Fazia parte da política de Seguridade Social, juntamente com a Saúde e a Assistência Social (GOMEZ et al., 2005).

A Lei 8.213/1991 delegava à Previdência Social a função de assegurar aos seus beneficiários, contribuintes ou não, meios de prover as necessidades básicas dos trabalhadores afastados por incapacidade para o trabalho, idade avançada, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles que dependiam economicamente dele (BRASIL, 1991).

De acordo com o Ministério da Previdência Social (2004), o seguro social substitui a renda do segurado-contribuinte quando ele encontra-se impedido de trabalhar por motivo de doença, acidente de trabalho, acidente de qualquer natureza, licença maternidade, pensão por morte ou auxílio reclusão. Outros benefícios do INSS: aposentadoria por invalidez, idade, tempo de contribuição, especial, salário família (BRASIL, 2004).

Segundo a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 201 a filiação é obrigatória e de carácter contributivo (BRASIL, 1988)

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é a Autarquia Federal responsável pelo recolhimento das contribuições devidas e pelo pagamento dos benefícios aos requerentes segurados. A Perícia Médica é quem tem a responsabilidade técnica de analisar o pedido de auxílio-doença, definir se há incapacidade e emitir o parecer conclusivo, deferindo ou indeferindo o pedido (BRASIL, 2006).

Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) avalia e dá provimento do direito ao recebimento de benefícios aos seus segurados (BRASIL,2012)

No Brasil existem três tipos de Regimes Previdenciários (CASTRO, 2004):

- 1) Regime Geral da Previdência Social (RGPS): Ampara trabalhadores da iniciativa privada.
- 2) Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS): Para os servidores públicos de cargo efetivo.
- 3) Regime de Previdência Complementar: Caráter facultativo.

A incapacidade laborativa ou a incapacidade para o trabalho, sob o ponto de vista previdenciário é abordado como “a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfo-psico-fisiológicas provocadas por doença ou acidente” (BRASIL, 2006).

Ao sofrer um acidente ou uma doença, que acarrete em incapacidade para o labor, o segurado celetista deverá ser afastado de suas funções, e fica amparado em pecúnia pela instituição durante o período de recuperação. Essa ajuda é denominada auxílio-doença. (BRASIL, 1991).

Porém, só deverá ser encaminhado à Perícia Médica do INSS o segurado empregado com invalidez superior a quinze dias para o trabalhador empregado e a partir do primeiro dia, para o contribuinte individual, empregado doméstico e facultativo. (CASTRO, 2004).

A Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) é o documento formal de notificação de acidente de trabalho ou doença dele decorrente. Deve ser emitida pela empresa até o primeiro dia útil seguinte ao do acidente, segundo informações retiradas do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2002).

Acidentes de trabalho são as lesões de causas externas, traumas e envenenamentos ocorridos no ambiente do trabalho durante a atividade laboral e/ou durante o trajeto de ida ou volta para o trabalho, e também as doenças ocupacionais (SANTANA et al., 2006).

Não constitui acidente de trabalho quando ocorre em empregados domésticos e nos contribuintes individuais e facultativos, ao quais não receberão o benefício de auxílio-acidente (SOUZA et al., 2014).

A avaliação Médico Pericial leva em conta a incapacidade do indivíduo tendo por referência ele mesmo, enquanto estava realizando suas atividades laborais e não a média da população. E a incapacidade pode ser classificada, tecnicamente, em: total ou parcial; temporária ou indefinida; uniprofissional, multiprofissional ou omniprofissional (BRASIL, 2011)

É o médico perito previdenciário que analisa e dá o parecer e reconhecimento ou não, dos direitos aos benefícios previdenciários como: auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, majoração de 25 % do benefício, dentre outros. É ele que analisa se há a incapacidade, estipula o tempo de afastamento e aponta se há relação da doença com o trabalho (SOUZA et al., 2008).

Os trabalhadores com carteira assinada estão sujeitos ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) adquirem estabilidade do emprego pelos contratos de trabalho exercidos, pelo prazo mínimo de 12 meses após findado o recebimento do auxílio- doença por doença relacionada ao trabalho (ALMEIDA; SANTIAGO; MORRONE, 2014).

O auxílio doença no Brasil é regido pela Lei Federal número 8.213 de 1991 e a renda mensal é fixada no valor de 91% do salário de benefício, necessita 12 contribuições mensais para completar a carência, no caso de doença ou nenhuma no caso de acidente de qualquer natureza. Cessa quando terminar a incapacidade ou se transforma em aposentadoria por invalidez (BRASIL, 1991).

De acordo com a Constituição Federal (1988) os segurados do RGPS dividem-se em 2 grupos:

- a) Segurados facultativos: donas de casa e estudantes.
- b) Segurados obrigatórios:
 - 1) Empregado
 - 2) Empregado doméstico
 - 3) Contribuinte individual
 - 4) Trabalhador avulso
 - 5) Segurado especial

Para os segurados obrigatórios a filiação se dá com o exercício da atividade remunerada, independente de inscrição. Para os segurados facultativos a filiação é ato volitivo e somente se concretiza após a inscrição e recolhimento da primeira contribuição. A idade mínima para inscrição é de 16 anos, salvo para o menor aprendiz, que pode exercer atividade laborativa desde os 14 anos, podendo efetuar sua inscrição como empregado (BRASIL, 1991).

Os registros do banco de dados do INSS são um instrumento relevante para a vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador, pois fornece dados que dimensionam a importância das doenças e permite estudar os fatores de risco aos quais essa população está exposta. Pode contribuir para a elaboração de ações e políticas que possam reduzir a morbimortalidade e melhorar as condições de saúde da população de trabalhadores empregados (ILDEFONSO et al., 2009). As condições de trabalho constituem importante fator para a incapacidade para o trabalho (JAKOBI et al., 2015).

Os benefícios auxílio-doença constituem-se num bom indicador das condições de saúde da população trabalhadora segurada, particularmente daqueles que resultam em condição clínica mais severa com afastamento maior de 15 dias e num maior risco para aposentadoria por invalidez e mortalidade (Barbosa-Branco; STREENSA, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento e local de estudo

Trata-se de um estudo observacional (onde o investigador estuda, observa e regista, sem realizar qualquer intervenção) do tipo transversal, com abordagem quantitativa, onde foram coletados dados primários dos requerentes que tinham perícia médica agendada no INSS, para obter o auxílio-doença, no mês de outubro de 2016.

Foram aplicados questionários para identificar o perfil sociodemográfico da população estudada, Estilo de Vida Fantástico e Qualidade de Vida no Trabalho.

O local do preenchimento dos questionários foi a sala de espera do Setor de Perícias Médicas da Agência da Previdência Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) da cidade de Maringá, no noroeste do estado Paraná. A população do município era de 357.007 em 2010 e estimada em 403.063 em 2016. O município ocupa uma área de 487,052 km² (IBGE, 2011).

3.2 População alvo

Todos os requerentes que pleitearam auxílio-doença e se apresentavam ao INSS, no mês de outubro de 2016, foram convidados a participar da pesquisa.

3.3 Critérios de inclusão

Indivíduos de qualquer idade, ambos os sexos, que estavam solicitando auxílio-doença na Agência do INSS de Maringá no Paraná, independentemente de ser a primeira vez (perícia

inicial) ou não (perícia de prorrogação), ter residência fixa ou não em Maringá, que concordaram em participar da pesquisa.

3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os requerentes que foram ao INSS para realizar outros serviço da autarquia, que não o de Perícia Médica e também os pacientes que se recusaram a participar do estudo.

3.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa seguiu os critérios éticos que envolve estudos com seres humanos recomendados pela resolução nº 466/12, foi encaminhado para a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICESUMAR, e obteve aprovação sobre o parecer nº 1.593.322 (anexo 2). Os participantes foram informados a respeito da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (anexo 1).

Todos os participantes assinaram o termo e receberam orientação sobre a possibilidade de desistência em qualquer momento da efetivação da pesquisa. Foi orientado quanto ao sigilo da identificação das participantes e o comprometimento com os dados coletados. Foi explicado também que a participação e os resultados eram independentes e não interfeririam no resultado da Perícia Médica.

3.6 Seleção da amostra

Foram selecionados indivíduos solicitantes de afastamento médico de ambos os sexos. A amostra foi aleatória e dependente da livre demanda do INSS e da concordância do requerente em participar da pesquisa. A amostra de pacientes foi selecionada ao longo do mês de outubro de 2016.

Foi considerado um universo (N) de, aproximadamente, 2500 pacientes mensais, que procuram o serviço de perícia médica do INSS, na Agência da Previdência Social da cidade de Maringá - PR. O tamanho mínimo da amostra (n= 485 pacientes) foi definido utilizando-se a fórmula para estimar a proporção “p”, considerando-se o fator de correção para populações finitas:

$$n = \frac{z^2 pqN}{z^2 pq + (N - 1)E^2}$$

Considerou-se um nível de confiança (1- α) de 95%, um erro (e) de 0,04 e p= 0,5. Com o intuito de estabelecer uma margem de segurança, a amostra foi composta por um total de 502 requerentes.

3.7 Análise estatística

Com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos que realizam pedidos de afastamento do trabalho por doença, solicitados ao INSS, foram aplicados questionários a uma amostra de 502 requerentes, contendo questões socioeconômicas e demográficas, além de dois instrumentos para a mensuração da qualidade de vida dos mesmos, o “Estilo de Vida Fantástico” e o “QWLQ – bref”,

O “Estilo de Vida Fantástico” tem por objetivo auxiliar os médicos que trabalham com a prevenção de patologias, a fim de conhecer e medir o estilo de vida dos seus pacientes (AÑEZ et al., 2008). O instrumento “Estilo de Vida Fantástico” é composto por um total de 25 questões dispostas na forma de escala Likert, sendo que 23 possuem cinco alternativas de resposta e duas são dicotômicas. As pontuações para cada questão variam de 0 a 4. Para as questões com cinco alternativas a codificação das questões é realizada da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4

pontos para a última coluna. Assim, somando a pontuação de todas as questões, chega-se a um escore que pode variar entre 0 e 100. Esse escore total classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos).

O “QWLQ – bref”, tem por objetivo avaliar a qualidade de vida no trabalho (FLECK et al., 2000). O instrumento “QWLQ – bref” é composto por um total de 20 questões dispostas na forma de escala Likert com cinco alternativas, sendo que as pontuações para cada questão variam de 1 a 5. A codificação das questões é realizada da seguinte maneira: 1 para a primeira coluna, 2 para a segunda coluna, 3 para a terceira coluna, 4 para a quarta coluna e 5 para a quinta coluna. Assim, somando a pontuação de todas as questões, chega-se a um escore que pode variar entre 20 e 100. A fim de padronizar a classificação de ambos os instrumentos, o escore total do “QWLQ – bref” também foi dividido, de forma que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (20 a 34 pontos).

Os escores de ambos os instrumentos de qualidade de vida foram calculados como a soma das pontuações de cada uma das questões que o compõem. A partir desse escore total, os indivíduos foram classificados em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos).

A princípio, foi realizada uma análise descritiva dos resultados obtidos, construindo-se uma tabela de frequências e gráficos, além do cálculo de medidas descritivas.

Para verificar a possível associação entre as questões socioeconômicas e demográficas com a classificação da qualidade de vida dos indivíduos, utilizou-se o teste qui quadrado, com o valor p calculado via simulação Monte Carlo com 2000 réplicas, para as questões que admitiam apenas uma resposta. Para as questões que admitiam múltiplas respostas, aplicou-se o teste qui quadrado com ajuste de segunda ordem de *Rao-Scott*.

O nível de significância foi fixado em 5% e todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*).

4 RESULTADOS

As profissões mais citadas pelos requerentes foram de vendedor, costureira, comerciante, motorista, cortador de cana, diarista/doméstica e pedreiro, que juntas, correspondem 53,79 % dos entrevistados. Apenas 1,59% deles não responderam à questão, sendo que os demais apontaram outras profissões. Também é possível notar que pouco mais da metade dos indivíduos são do sexo feminino, 31,67% possuem de 45 a 60 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de frequências das características socioeconômicas e demográficas dos participantes da pesquisa.

Variáveis	Frequência	%
Profissão		
Vendedor	57	11,35%
Costureira	47	9,36%
Comerciante	40	7,97%
Motorista	34	6,77%
Cortador de cana	31	6,18%
Diarista/doméstica	31	6,18%
Pedreiro	30	5,98%
Outra*	224	44,62%
Não respondeu	8	1,59%
Sexo		
Feminino	260	51,79%
Masculino	242	48,21%
Idade		
15 - 30 anos	136	27,09%
30 - 45 anos	126	25,10%
45 - 60 anos	159	31,67%
60 - 75 anos	81	16,14%
Cidade		
Maringá	307	61,16%
Sarandi	37	7,37%
Paíçandu	13	2,59%
Outra	111	22,11%
Não respondeu	34	6,77%
Possui filhos		
Não	170	33,86%
Sim	323	64,34%
Não respondeu	9	1,79%

Quantos filhos

Um	86	17,13%
Dois	143	28,49%
Três	54	10,76%
	36	7,17%
Quatro ou mais	183	36,45%
Não respondeu **		
Frequentou escola		
Não	14	2,79%
Sim	485	96,61%
Não respondeu	3	0,6%
Grau de escolaridade		
Primário completo	48	9,56%
Primário incompleto	39	7,77%
Ensino Fundamental incompleto	49	9,76%
Ensino Fundamental completo	22	4,38%
Ensino Médio incompleto	76	15,14%
Ensino Médio completo	159	31,67%
Universidade incompleta	38	7,57%
Universidade completa	52	10,36%
Não respondeu	19	3,78%
Renda mensal		
Abaixo de 1 salário mínimo	69	13,75%
1 a 3 salários	309	61,55%
4 a 6 salários	73	14,54%
Acima de 6 salários	39	7,77%
Outros ***	4	0,80%
Não respondeu	8	1,59%
Doença ****		
Câncer	18	3,59%
Osteoporose	16	3,19%
Diabetes	41	8,17%
Próstata	11	2,19%
Derrame	12	2,39%
Problemas intestinais	12	2,39%
Hipertensão	38	7,57%
Problemas cardíacos	36	7,17%
Hipotireoidismo	2	0,40%
Hipertireoidismo	1	0,20%
Pulmonar	75	14,94%
Incontinência urinária	5	1,00%
Outros	429	85,46%
Não respondeu	1	0,20%
Qual outra doença *****		
Dorsalgia*****	107	21,31%
Cirurgia	79	15,74%

Fratura/quebra	68	13,55%
Depressão	46	9,16%
Tendinite	33	6,57%
Outra*****	83	16,53%

* Inclui desempregados, donas de casa e profissionais autônomos sem profissão definida.

** Inclui a população que não possui filhos

*** Declararam-se com renda variável ou sem renda

**** A questão admite mais de uma resposta.

***** Admite-se dor em coluna cervical, torácica e lombar

***** Declararam dor no corpo em geral, incluindo cabeça e fibromialgia, dentre outras

Em relação ao município de residência, a maioria, 61,16%, dos requerentes dos pedidos de afastamento do trabalho que participaram da pesquisa é da cidade de Maringá enquanto 7,37% e 2,59 % são de Sarandi ou Paiçandu, respectivamente. Outros 22,11 % afirmaram ser de outras cidades.

A maioria dos requerentes possuem filhos, 64,34%, onde a ordem foi de,17,13%, 28,49% e 10,76% possuem um, dois ou três filhos, respectivamente. Apenas 33,86% dos respondentes não possuem filho.

Observa-se que a grande maioria dos trabalhadores disseram ter frequentado a escola 96,22%, sendo que 31,67 % dos respondentes possuem até o Ensino Médio completo e um total de 46,61% não chegaram a cursar o Ensino Médio (considerando aqueles que apontaram possuir o primário ou Ensino Fundamental incompleto ou completo).

Dos participantes, 78,28% possuíam no máximo até o segundo grau completo e apenas 17,93 % já concluíram ou estavam cursando a faculdade.

Quanto à renda mensal, nota-se que grande parte dos indivíduos 75,3% recebiam menos de 3 salários mínimos por mês e apenas 7,7% recebiam mais de 6 salários mínimos

Quando questionados em relação às doenças específicas, vê-se que as alternativas que foram apontadas com mais frequência foram pulmonar, diabetes e hipertensão, destacadas por 14,94%, 8,17% e 7,57% dos requerentes, respectivamente, perfazendo um total de 154 pacientes. Nesse mesmo item, 85% deles disse possuir outras doenças.

Em relação às outras doenças, percebe-se que dorsalgia 21,31%, cirurgias em geral 15,74%, fratura 13,55% e depressão 9,16 % formam o grupo de outras, com maior número de citações espontâneas, as consideradas outras doenças e juntas formam um grupo de 300 pessoas.

O histograma abaixo mostra a distribuição dos escores dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida. É uma representação gráfica (um gráfico de barras verticais) da distribuição de frequências de um conjunto de dados quantitativos contínuos.

Cada barra do histograma representa a frequência absoluta, isto é, o número de indivíduos que obtiveram o escore no intervalo de sua respectiva classe. Por exemplo, 63 indivíduos obtiveram pontuação entre 60 e 70 pontos no instrumento “Estilo de Vida Fantástico”, assim, a altura da barra da classe de 60 e 70 é de 133.

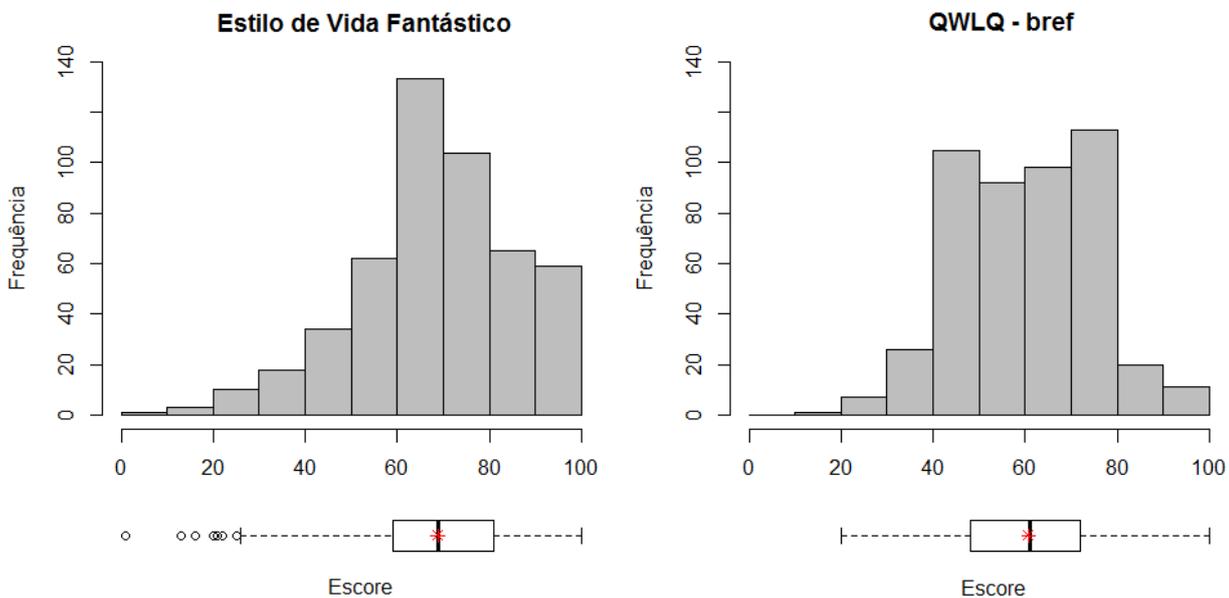


Figura 1: Histogramas das distribuições dos escores dos instrumentos de qualidade de vida.

A Figura 1 apresenta a distribuição dos escores obtidos pelos requerentes em ambos os instrumentos. Vê-se que o escore dos indivíduos no instrumento “Estilo de Vida Fantástico” concentra-se entre 60 e 80 pontos, sendo que a pontuação média é de 68,74 pontos e desvio padrão de 17,58 pontos. Já para o instrumento QWLQ observa-se uma distribuição relativamente uniforme entre 40 e 80 pontos, sendo que as demais pontuações foram obtidas com baixa frequência. Para este instrumento, obteve-se um escore médio de 60,66 pontos, com desvio padrão de 14,80 pontos.

Tabela 2: Distribuição de frequências da classificação dos escores dos instrumentos de qualidade de vida.

Classificação	Fantástico		QWLQ - bref	
	Frequência	%	Frequência	%
Precisa melhorar	23	4,58%	14	2,79%
Regular	69	13,75%	167	33,27%
Bom	155	30,88%	128	25,50%
Muito bom	152	30,28%	144	28,69%
Excelente	90	17,93%	20	3,98%
Não respondeu	13	2,59%	29	5,78%

Considerando a classificação do escore em cinco níveis, nota-se 30,88 % e 30,28% dos respondentes obtiveram a classificação bom ou muito bom, respectivamente, no instrumento “Estilo de Vida Fantástico”, como apresentado na Tabela 2, e apenas 4,58 % deles, pertencem à categoria precisa melhorar. Já para o QWLQ – bref, cerca de um terço dos respondentes foram classificados como regular, ao passo que 25,50% pertencem à categoria bom e 28,69 % a muito bom.

Teste de associação

Para verificar a possível associação entre as questões socioeconômicas e demográficas (Profissão, Sexo, Idade, Cidade, Possui filhos, Quantos filhos, Frequentou escola, Grau de escolaridade, Renda mensal, Qual outra doença) com a classificação da qualidade de vida dos indivíduos, utilizou-se testes de associação. As categorias destas variáveis foram as mesmas apresentadas na Tabela 1, de distribuição de frequências.

O teste qui quadrado, com o valor p calculado via simulação Monte Carlo com 2000 réplicas, foi utilizado para as questões que admitiam apenas uma resposta. Para a única questão que admitia múltiplas respostas (Qual outra doença), aplicou-se o teste qui quadrado com ajuste de segunda ordem de *Rao-Scott*. Tais testes tem por hipótese nula que as variáveis de um modo geral não estão associadas, em outras palavras, eles são independentes. Assim, as conclusões são a respeito da variável como um todo e não de categorias específicas.

O nível de significância foi fixado em 5% em todas as análises. Assim, se o valor p obtido pela aplicação do teste de associação for menor que o nível de significância (0,05), existem indícios amostrais suficientes para rejeitar a hipótese de independência entre as variáveis sob análise, indicando que o resultado apresentado por uma das variáveis está associado ao resultado de outra.

Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*).

Tabela 3: Resultados do teste qui quadrado de associação entre a classificação dos escores e os fatores socioeconômicos e demográficos.

Fatores	Fantástico		QWLQ – bref	
	χ^2	valor p	χ^2	valor p
Profissão	11,67	0,461	26,43	0,012*
Sexo	13,30	0,011*	2,61	0,638
Idade	32,81	0,001*	34,44	0,001*
Cidade	21,07	0,051	28,71	0,011*
Possui filhos	5,18	0,270	5,98	0,200
Quantos filhos	12,69	0,400	31,39	0,003*
Frequentou escola	3,03	0,549	8,16	0,100
Grau de escolaridade	47,09	0,011*	50,72	0,003*
Renda mensal	44,01	0,008*	43,29	0,107

* Associação significativa.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 3, nota-se que a classificação do escore do instrumento “Estilo de Vida Fantástico” está significativamente associada com o sexo, categoria de idade, grau de escolaridade e renda mensal do respondente, considerando um nível de 5% de significância. Assim, acredita-se que exista uma relação entre tais variáveis com a classificação obtida pelo instrumento.

Por outro lado, os fatores profissão, idade, cidade, quantidade de filhos e grau de escolaridade apresentaram associação significativa com a classificação obtida por meio do QWLQ – bref, que avaliam a qualidade de vida dos indivíduos em relação ao trabalho.

Não foram encontradas evidências amostrais suficientes da existência de associação significativa entre as classificações dos escores e os demais fatores não citados. Para o fator doença, não foi possível a aplicação o teste qui quadrado com ajuste de segunda ordem de *Rao-Scott* devido à distribuição conjunta com a classificação dos escores.

5 DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se que as profissões que exigem trabalho braçal foram as mais prevalentes, como costureiros, motoristas, cortadores de cana, etc., nesses tipos de atividades as pessoas utilizam o próprio corpo fazendo esforço físico para realizar uma determinada tarefa. Sabe-se que atividades profissionais com grande sobrecarga física, associada a uma postura inadequada, movimentos repetitivos, vibrações, trabalhos em grande velocidade e estresse aumentam o aparecimento de morbidades (SILVA; FASSA; VALLE, 2004; ABREU; RIBEIRO, 2010).

Chama a atenção o fato de 224 indivíduos declararem outra profissão (44,62%), o que pode ser interpretado como desempregados ou contribuintes facultativos (dona de casa ou estudante, por exemplo).

Em relação ao sexo, a maioria (51,79%) de afastamento por doenças solicitadas ao INSS foi pelo sexo feminino. Determinadas atividades de uma empresa são desempenhadas preferencialmente por um dos gêneros e o absenteísmo desses indivíduos afeta diretamente a atividade econômica (SANCINETTI et al., 2011). A maior quantidade de licença médica entre mulheres sugere a associação com o contexto social (SILVA et al., 2008). Esse panorama pode ser explicado pela inserção da mulher no mercado de trabalho e pelo acúmulo de dupla jornada laboral (mercado formal e trabalho doméstico), por vezes, exaustiva, pouco valorizada e/ou mal remunerada, o que pode ser um fator causal do desenvolvimento de doenças favorecendo a ausência no trabalho formal (COSTA; OLIVEIRA, 2011). Às mulheres são atribuídas as tarefas domésticas e cuidados infantis, lembrando do papel feminino na amamentação, que não pode ser terceirizado. Ser mãe e profissional é assumir identidades múltiplas e contraditórias, construídas socialmente e em permanente processo de mudança (LEONE et al., 2010). Outro estudo realizado apenas com patologias respiratórias no Brasil encontrou também uma maior prevalência no sexo feminino e com filhos (ILDEFONSO; BRANCO; OLIVEIRA, 2009). Há estudos que apontam incidência importante de ausência por doença em empregos temporários, entre as mulheres, e isso é fator de frequentes ameaças de rescisão do vínculo de trabalho. Foi visto também que mulheres com menor autonomia e controle sobre o seu trabalho estão consistentemente associadas com maior risco de adoecimento e faltas ao trabalho (LIDWALL et al., 2009). O absenteísmo por licenças médicas maiores ou iguais a 60 dias foram relacionadas ao tabagismo diário feminino (SILVA et al., 2008). No entanto, um estudo realizado em Pernambuco, concluiu que o sexo masculino é o mais prevalente quando a análise é realizada

comparando-se todos os tipos de patologias (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007). Numa empresa de serviços gráficos, apesar de ter maior quantidade de funcionários masculinos, houve maior ocorrência de atestados médicos na população feminina (BARROS, et al., 2014).

Quanto à faixa etária dos requerentes de auxílio-doença, percebeu-se que 83,86 % dos indivíduos tinham idades entre 15 e 60 anos. A maior exposição ao adoecimento da população que vivenciou um determinado tempo de atuação profissional e também estão em plena fase produtiva, demonstrando que as populações economicamente ativas estão sendo vítimas de acidentes do trabalho e doenças, acarretando perdas econômicas e sociais graves à família e ao país (ALENCAR; TERADA, 2012). Contemporaneamente, as exigências impostas ao trabalhador são ampliadas, o tempo de descanso diminuído, as possibilidades de emprego escassas, os modelos de trabalho mecanizados e isso tudo leva a um desgaste físico e psíquico que se acentua com o passar do tempo (PILATTI, 2007).

Em relação ao número de filhos, 64,34% disseram ter descendentes. A taxa foi de 17,13% para 1 filho, 28,49% para 2 filhos. Apenas 7, 17% disseram ter 4 filhos ou mais. Isso demonstra a mudança demográfica ocorrida na sociedade que passou de rural com altas taxas de natalidade para urbana com baixa taxa de natalidade. A diminuição da taxa de fecundidade pode ser explicada também pela escolarização das mulheres e a inserção no mercado de trabalho, principalmente na área urbana (LEONE et al., 2010). O modelo familiar também vem sofrendo alterações com famílias com filhos, sem filhos, unipessoais, homoafetivas, entre outras categorias. O alto custo financeiro para ter e manter um filho também tem sido levado em consideração quando se opta por tê-los ou não (VASCONCELOS et al., 2012).

Apesar de 96,61% dos entrevistados afirmarem que tinham certa escolaridade, chama atenção o fato de apenas 17,93 % estar cursando ou já ter terminado a faculdade. Outros 31,67% dos solicitantes do presente estudo possuía o 2º grau completo. Foi contabilizado que 46,61 % dos pleiteantes do Benefício não terminaram o segundo grau. O efeito da baixa escolaridade sobre o desfecho da atividade profissional é mediado pela maior exposição às cargas ergonômicas, tanto no trabalho quanto no domicílio. Em um estudo que analisou a relação entre o tempo de afastamento dos segurados e o nível de escolaridade, o resultado indicou que os segurados com menor nível escolar tinham maior tempo de afastamento do trabalho (DIAS, 2002). A baixa escolaridade e qualificação profissional pobre determinam menores oportunidades no mercado formal de trabalho e salários mais baixos, e constituem um fator importante na empregabilidade e manutenção desse emprego em um cenário cada vez mais competitivo e que anseia por mão de obra qualificada (REIS et al., 2011). Porém, nos resultados

encontrados no presente estudo, 46,81 % estavam cursando ou já tinham completado o segundo grau e 17,93 % estavam cursando ou já tinham a graduação completa, o que chama a atenção, pois, segundo a literatura, o baixo nível de capacitação profissional leva à manutenção da desigualdade de rendimentos e está relacionada à dificuldade no acesso à educação de boa qualidade (SANTOS; ALMEIDA, 2016). No entanto, 309 (61,55%) indivíduos desse trabalho, auferiam remuneração abaixo de 3 salários mínimos mensais.

Trabalhadores com maiores salários, potencialmente, tem melhores condições de educação, acesso a saúde, alimentação, moradia, lazer, entre outras, que influenciam no desfecho do adoecimento do trabalhador (TRINDADE et al., 2014).

Dentre as doenças mais prevalentes destacou-se as doenças crônicas como hipertensão, alterações pulmonares, diabetes, alterações cardíacas, dorsalgias, cirurgias, fraturas e depressão. Foi observado que benefícios por incapacidade para o trabalho concedidos por lombalgia nos Estados Unidos apresentaram uma inversa relação entre a renda e duração do afastamento do trabalho (TURNER; FRANKLIN. TURK, 2000). Em outro estudo, onde foram analisados fatores relacionados ao retorno ao trabalho entre os indivíduos que se submeteram a cirurgia de Síndrome do Túnel do Carpo, concluiu-se que empregados com menor renda mensal tinham quatro vezes mais chances de permanecer afastados do trabalho em comparação àqueles com maior renda (KATZ et al., 2005). Outra forte relação e consistente associação inversa foi confirmada em um estudo entre a classe social e a duração do afastamento do trabalho por lombalgia, sobretudo entre homens (WADDELL; AYLWARD; SAWNEY, 2002). As doenças Pulmonares, o Diabetes e Hipertensão que se apresentaram, no presente estudo, em maior destaque, podem ser consequências, dentre outros aspectos, dos ambientes desfavoráveis de trabalhos e hábitos inadequados de vida (SILVA et al., 2016). As condições do trabalho têm sido associadas ao aumento de doenças respiratórias, como asma, bronquite crônica, pneumonia e hipersensibilidade, e outras (FARIA et al., 2006; CHIESA et al., 2008; SANTOS; ALMEIDA, 2016).

As lesões musculoesqueléticas são mais prevalentes nos pedidos de afastamento por doenças ao INSS (BÜLTMANN et al., 2007; DINIZ et al., 2010; COELHO et al., 2016). A maioria de suas causas é pelos fatores ergonômicos, psicológicos, biológicos e sociais (PEREIRA et al., 2016). Elas são um problema de saúde comum e maiores responsáveis por incapacidades nas populações ativas, gerando custos à saúde pública (ALMEIDA et al., 2016). A lombalgia pode levar a uma significativa limitação funcional, restringindo principalmente as atividades ocupacionais e de lazer (SOUZA et al., 2014). No estudo de Abreu et al. (2010) observou-se que a maioria dos acometidos era composta por trabalhadores casados, do sexo

masculino, em idade produtiva e a escolaridade esteve inversamente associada à prevalência de dor lombar crônica, ou seja, quanto menor o tempo de estudo, maior a chance de ter dor lombar. A espondiloartrite (que é um grupo de doenças reumáticas inflamatórias que podem afetar a coluna) geralmente afeta populações mais jovens, principalmente após alguns anos de trabalho pesado (HOOGE et al., 2016). É uma tendência mundial o aumento das doenças osteomusculares no acometimento dos trabalhadores, alcançando verdadeiras proporções epidêmicas. E esses distúrbios apresentam um agravo à saúde devido seu alto índice de prevalência e pela complexidade, dificultando uma atuação mais efetiva por parte das instituições previdenciárias e equipes de saúde (ALCÂNTARA; NUNES; FERREIRA, 2011). Nos dias de hoje, ainda é comum encontrar países onde o trabalho de manuseio de cargas se mantém com as características utilizadas há muitas décadas, como no Brasil. É possível encontrar locais onde são transportadas manualmente cargas que superam os cem quilos (COSTA et al., 2015). As dores são consideradas um problema de saúde em países ocidentais, como o Brasil (MEZIAT FILHO et al., 2011). Estudos realizados na Noruega, mostram que os fatores de risco para aposentadoria por invalidez e fatores prognósticos para a dor nas costas foram: baixo *status* educacional e socioeconômico, sexo feminino, cansaço físico extremo, comorbidades e baixa qualificação profissional (HAGEN et al., 2000; HAGEN; TAMBS; BJERKEDAL, 2002). No presente estudo aos que apresentaram outra doença, a maioria (21,31 %) eram relacionados a algum tipo de dorsalgia. Pesquisas recentes sobre Saúde do Trabalhador indicam uma relação causal de más condições de trabalho e impacto negativo à saúde do trabalhador. A maneira e o modo de organização do trabalho associado ao ambiente, tem contribuído para o aparecimento de doenças físicas e mentais nos indivíduos expostos. Os distúrbios osteomusculares são uma das principais causas de absenteísmo em trabalhadores (AREIAS et al., 2008).

A redução do impacto de patologias incapacitantes tais como transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade generalizada ou depressão pode ter retorno importante em termos de saúde da população, produtividade e vida. Estas conclusões esclarecem a importância de priorizar as necessidades de saúde pública (EU-WMH, 2011). A exaustão emocional acarreta ao indivíduo falta de entusiasmo, frustração, tensão e fadiga. A desmotivação leva ao aparecimento de sentimentos e atitudes negativas no trabalho (COSTA et al., 2015). A despersonalização ocorre quando o trabalhador assume posturas negativas em seu labor e são acompanhadas de insensibilidade e falta de motivação (KLEINUBING et al., 2013). O estado de saúde e o bem-estar do indivíduo estão relacionados ao equilíbrio entre os componentes biológicos e psíquicos e os fatores ambientais e sociais (MAURP et al., 2004).

A saúde do trabalhador é determinada por fatores econômicos, sociais, organizacionais e condições de vida e trabalho, bem como, fatores de risco ocupacionais. No entanto, as condições gerais de vida aliadas ao processo e às relações de trabalho faz parte do processo de saúde e adoecimento (DINIZ; ROMERO, 2016). A percepção do indivíduo das condições favoráveis e desfavoráveis em seu ambiente de trabalho se transforma na ideia de Qualidade de Vida no Trabalho QVT, que tem ligação direta com a motivação (PILLATI, 2012).

Foi possível analisar no presente estudo que, os fatores profissão, idade, cidade, quantidade de filhos e grau de escolaridade apresentaram associação significativa com a classificação obtida por meio do QWLQ – bref, que avaliam a qualidade de vida dos indivíduos em relação ao trabalho. A qualidade de vida não fica restrita somente no momento e local de trabalho, mas também possui relação com todos os outros aspectos que formam a vida dos indivíduos, como a satisfação pessoal, relacionamento familiar, oportunidades de fazer, entre outros (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). O trabalhador empreende grande parte de sua vida às atividades laborais, quando essa parcela não está a seu contento, infere na percepção de sua Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e conseqüentemente no nível de satisfação individual (SANTOS et al., 2008).

O estilo de vida do indivíduo, bem como o ambiente de trabalho são fatores que refletem na capacidade laboral. A capacidade laboral é o quanto a pessoa está bem no momento e num futuro próximo, e o quanto está apto para realizar suas atividades de acordo com as exigências do trabalho, os recursos mentais e a saúde. Ela está diretamente relacionada ao bem-estar mental e físico do trabalhador e ao modo como ele pode realizar sua tarefa da melhor forma (DINIZ et al., 2010).

No presente estudo foram encontradas associações significativas com o sexo, idade, grau de escolaridade e renda mensal do respondente em relação ao estilo de vida. Com isso, é evidenciado que a saúde seja influenciada e/ou alterada pelo estilo de vida. Diversos fatores podem afetar o bem-estar e a saúde a curto e longo prazo, trazendo influências positivas ou negativas (GONÇALVES; BUAES, 2011). Em relação às positivas, destaca-se o controle do estresse, a nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos e o cultivo de redes sociais, enquanto as negativas são alguns hábitos como álcool, o fumo, as drogas, o estresse, o isolamento social, sedentarismo e intensos e repetitivos esforços, passíveis de serem modificados na maioria deles (SEIDL; ZANNON, 2004).

As condições precárias de trabalho, a falta de informação quanto às normas de segurança e saúde, a má remuneração e a realização de atividades com grande esforço físico, deixam o

trabalhador mais vulnerável à doenças e acidentes ocupacionais (NERI; SOARES; SOARES, 2005).

Está evidente que os afastamentos são geradores de graves danos sociais no país, pois além de comprometer a saúde do indivíduo, aumentam o custo previdenciário com o pagamento de benefícios e, conseqüentemente, reduzem a arrecadação (SANTANA et al., 2006). A má realização pessoal leva a uma auto avaliação profissional negativa, ocorrência de maior irritabilidade, baixa produtividade, relações de trabalho precárias e falta de motivação, levando à insatisfação no trabalho (NASCIMENTO et al., 2010). Uma pesquisa recente aponta que o trabalho é um fator importante associado tanto ao prazer quanto ao estresse na vida do indivíduo (RIISGAARD et al., 2017). É importante ressaltar que o estresse apresenta-se de modo recorrente em nossa sociedade e tem sido objeto de estudos multidisciplinares porque apresenta riscos sérios para a saúde humana. Várias condições podem desencadear o estresse no ambiente de trabalho como desorganização do trabalho, gestão, hierarquia e relações interpessoais, todos associados à fatores psicossociais (FERRARI, et al., 2012). O fator econômico também deve ser lembrado, pois, tem forte impacto na forma como as empresas operam e tomam decisões e deve ser visto de uma maneira mais abrangente, uma vez que, atua de maneira incisiva na vida do trabalhador (SANTOS et al., 2013).

A literatura aponta que atividade física na prevenção, promoção e manutenção da saúde de indivíduos e populações, reduz os riscos de doença coronariana, hipertensão, diabetes, obesidade, osteoporose (SANTANA et al., 2006). A atividade física auxilia o controle do estresse (GOMEZ et al., 2005).

Com isso, ainda é necessário pensar formas de ampliar a proteção social do trabalho a fim de entender a saúde do trabalhador como um processo que envolve questões econômicas, trabalhistas, políticas previdenciárias e de saúde (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Cabe salientar a importância dos investimentos na melhoria do ambiente e condições de trabalho, na gestão e organização, assim como na qualidade das relações interpessoais entre os trabalhadores, uma vez que as condições de trabalho precárias são fatores que contribuem para um baixo estado de qualidade de vida (GONÇALVES; DIAS, 2011). São fundamentais ações direcionadas à prática e educação de prevenção dos fatores de risco para uma boa qualidade de vida da população a fim de promover a saúde (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005).

Conhecer a história dos modelos de trabalho é importante pois verifica-se que a prática interdisciplinar de promoção em saúde do trabalhador aumenta a capacidade produtiva dos seus funcionários pela melhoria da condição de saúde desses indivíduos, tornando-se um investimento e não um custo (SOUZA et al., 2014).

Alguns fatores podem representar limitações deste estudo e precisam ser discutidas. O delineamento transversal aponta para associação entre os pedidos de afastamentos por doenças solicitadas ao INSS com o estilo e qualidade de vida do requerente, entretanto, não se pode estabelecer uma relação causal entre as variáveis investigadas. Apesar de ter sido explicado ao requerente que esse estudo não interferiria no resultado da Perícia Médica, não se sabe até que ponto o questionário realizado dentro do INSS direcionou ou não algumas respostas.

Este estudo apresenta uma relevância quando explora a influência do não trabalho na saúde e incorpora trabalhadores de diferentes diagnósticos e ocupações. Geralmente, os diversos estudos da área de saúde do trabalhador apresentam análises voltadas ao adoecimento gerado pelo trabalho em específicas ocupações.

6 CONCLUSÃO:

Esse estudo demonstrou que características sociodemográficas, estilo de vida e qualidade de vida no trabalho influenciam diretamente no adoecer dos trabalhadores. Apontou ainda que, algumas variáveis, como baixa escolaridade, idade e renda mensal determinam maior risco de absenteísmo no trabalho.

A importância da promoção da saúde, de modo global, com políticas que incentivem atividades físicas, redução do estresse, melhora da ergonomia no trabalho e valorização da saúde mental, dentre outras ações, podem prevenir o aparecimento de doenças nos trabalhadores e isso acarretaria diminuição de pedidos de auxílio doença ao INSS e, conseqüentemente, melhora na economia do país, pois menos trabalhadores se ausentariam do trabalho por licença médica.

A qualidade de vida, a qualidade de vida no trabalho e o estilo de vida são áreas que requerem mais pesquisas, dada sua complexidade de fatores intervenientes. Os resultados de pesquisas nessa área podem ajudar a refletir sobre a importância de estratégias combinadas como a efetividade da prática de atividade física e o entendimento dos componentes do estilo de vida no ambiente de trabalho.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Ana Teresa de Jesus Brito; RIBEIRO, Camila Almeida Bezerra. Prevalência de lombalgia em trabalhadores submetidos ao programa de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), São Luís, MA. **Acta Fisiátrica**, v. 17, n. 4, p. 148-152, 2010.

AGUIAR, Gizele de Almeida Souza; DE OLIVEIRA, Jannine Rodrigues. Absenteísmo: suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 13, n. 18, p. 95-113, 2015.

ALCÂNTARA, Marcus Alessandro de; NUNES, Gabriela da Silveira; FERREIRA, B. C. M. S. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: o perfil dos trabalhadores em benefício previdenciário em Diamantina (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3427-3436, 2011.

ALENCAR, Maria do Carmo Baracho de; TERADA, Tathiane Mye. O afastamento do trabalho por afecções lombares: repercussões no cotidiano de vida dos sujeitos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 1, p. 44-51, 2012.

ALMEIDA, Graça de Fátima Pereira et al. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 1, p. 37-44, 2016.

ALMEIDA, Marcos Antonio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. **Revista da Escola de artes, ciências e humanidades – EACH/USP**, v. 1, n. 1, p. 26-38, 2012.

AMMENDOLIA, Carlo et al. Healthy and productive workers: using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1190-2008, 2016.

AÑEZ, Ciro Romélio Rodriguez; REIS, Rodrigo Siqueira; PETROSKI, Edio Luiz. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, v. 91, n. 2, p. 102-9, 2008.

ARAUJO, Marina Campos et al. Consumo de macronutrientes e ingestão inadequada de micronutrientes em adultos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 177-189, 2013.

AREIAS, Maria Elenice Quelho; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MORAES, M. A. A. Saúde mental e dor lombar crônica. **Sínteses**, n. 2, v. 1, p. 321-321, 2016.

ASAY, Garrett R. Beeler et al. Absenteeism and Employer Costs Associated With Chronic Diseases and Health Risk Factors in the US Workforce. **Preventing Chronic Disease**, v. 13, n. 141, p. 1-11, 2016.

AZEVEDO, Ana Lucia Soares et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde Chronic diseases and quality of life in primary health care Enfermedades crônicas y calidad de vida en la. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013.

BARBOSA-BRANCO, Anadergh; SOUZA, William R.; STEENSTRA, Ivan A. Incidence of work and non-work related disability claims in Brazil. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 54, n. 11, p. 858-871, 2011.

BARROS, Andréia Moreira de Souza et al. Absenteísmo por causa médica e odontológica em empresa de serviços gráficos e de informação. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 48-56, 2014.

BERGSTRÖM, Gunnar et al. Prediction of sickness absenteeism, disability pension and sickness presenteeism among employees with back pain. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 24, n. 2, p. 278-286, 2014.

Constituição da Organização Mundial da Saúde (**OMS- WHO**) - 1946. Disponível em: www.direitoshumanos.usp.br

BOBROFF, Maria Cristina Cescatto; MARTINS, Júlia Trevisan; MONTEZELI, Juliana Helena. Stress prevention at work checkpoints: practical improvements for stress prevention in the workplace. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 7, n. 7, p. 5065-5067, 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: **Gráfica do Congresso Nacional; 1991.**

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: **DOU nº 191-A de 5.10.1988.**

Brasil. Decreto-Lei nº5.452 de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União 1943; 9 ago. CLT**

BRASIL. **Lei Nº 8.212 de 24 de julho de 1991.** Brasília: DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm

BRASIL. **Lei Nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. **Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Presidência da República LEI Nº 13.341, DE 29 DE SETEMBRO DE 2016. Altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e 11.890, de 24 de dezembro de 2008, e revoga a Medida Provisória nº 717, de 16 de março de 2016. **DOU de 30.9.2016**

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Anuário **Estatístico da Previdência Social – AEPS**. Brasília; 2014. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads>

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Manual de perícia médica**. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília; 2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978- **NR 04, NR 05, NR 06, NR 09, NR 13. Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília.

BÜLTMANN, Ute et al. Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. **Quality of Life Research**, v. 16, n. 7, p. 1167-1178, 2007.

Caderno De Atenção Básica: Saúde do Trabalhador, Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2012.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf

Caderno de saúde Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf

CARR, Alison; HIGGINSON, Irene. Are quality of life measures patient centred?. **BMJ: British Medical Journal**, v. 322, n. 7298, p. 1357, 2001.

CASTRO, Maria Euridéa de; ROLIM, Maysa Oliveira; MAURICIO, Tibelle Freitas. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 184-189, 2005.

CHIESA, Anna et al. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 55-69, 2008.

CODY, Ronald; SMITH, Jeffrey. Applied statistics and the SAS programming language. **North-Holland**, 1985.

COELHO, Vanessa et al. Prevalência de ler/dort e fatores associados no departamento estadual de trânsito de pernambuco–detran/pe. **Blucher Engineering Proceedings**, v. 3, n. 3, p. 909-919, 2016.

COGGON, David et al. International variation in absence from work attributed to musculoskeletal illness: findings from the CUPID study. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 70, n. 8, p. 575-584, 2013.

Conselho Nacional de Saúde- comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador- CIST. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br

Considerações sobre a Política de Reajuste de Benefícios da Previdência Social (Previdenciários e Acidentários) Nota técnica Resultado do RGPS de 2014. **Informe de Previdência Social, 2015**. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/informe_2015.01.pdf

COSTA, Patrícia Lino; OLIVEIRA, Sirlei Márcia de. A inserção da mulher nos setores de atividade econômica dos mercados de trabalho metropolitanos: reafirmando as desigualdades. **Mulher e Trabalho**, v. 3, n. 1, p. 79-83, 2011.

COSTA, Valdecir et al. Health and labour from the perspective of railway dock workers in Rio Grande do Sul, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1207-1216, 2015.

CSEF - Canadian Society for Exercise Physiology. The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: **CSEP's guide to health active living**. 2nd ed. Ottawa: CSEF, 2003.

DEWA, Carolyn S. et al. Incidence rates of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 205-219, 2014.

DIAS, Cassia Regina Dumitreco. Avaliação do uso de recursos e custos em pacientes com lombalgia crônica acompanhados em um centro terciário de assistência à Saúde da cidade de São Paulo. 2002.

DINIZ, Caroline da Cunha; ROMERO, Luiz Carlos Pelizari. Atuação do Ministério Público do Trabalho relacionada à saúde do trabalhador e meio ambiente de trabalho na Justiça do Trabalho (2000-2014). **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 5, n. 1, p. 21-40, 2016.

DINIZ, Kaísa Trovão et al. Capacidade laboral dos segurados do INSS portadores de LER/DORT que retornaram ao trabalho. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 4, p. 673-683, 2010.

DORMAN, Peter et al. The economics of safety, health, and well-being at work: an overview. Geneva: ILO, 2000.

EU-WMH. The burden of mental disorders in the European Union. The EU contribution to the **World Mental Health (WMH) Surveys Initiative**. 2011. Disponível em: http://ec.europa.eu/chafea/projects/database/database_new.inc.data.20081308.pdf

FARIA, Neice Müller Xavier et al. Trabalho rural, exposição a poeiras e sintomas respiratórios entre agricultores. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 827-836, 2006.

FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de Vida no Trabalho: Como medir para melhorar**. Salvador: Casa da Qualidade, 1996, 3. ed.

FERRARI, Rogério; DE FRANÇA, Flávia Maria; MAGALHÃES, Josiane. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais de saúde. **Gestão e Saúde**, v. 3, n. 3, p. 868-883, 2012.

FITZGERALD, Sarah et al. Obesity, diet quality and absenteeism in a working population. **Public Health Nutrition**, v. 19, n. 18, p. 1-9, 2016.

FLECK, Marcelo et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FLECK, Marcelo et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FOSSEY, Marcela Franco. Qualidade de Vida: uma fórmula? **DELTA: Documentação e Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, v. 29, n. 3, p. 503-516, 2013.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

GONÇALVES, Cláudia Giglio de Oliveira; DIAS, Adriano. Três anos de acidentes do trabalho em uma metalúrgica: caminhos para seu entendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 635-646, 2011.

GONÇALVES, Júlia; BUAES, Caroline Stumpf. Sentidos do trabalho e do afastamento por problemas de saúde mental para motoristas de transporte coletivo urbano: um estudo de caso. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 14, n. 2, p. 195-210, 2011.

GRANDE, Antonio José et al. Determinantes da qualidade de vida no trabalho: ensaio clínico controlado e randomizado por clusters. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 19, n. 5, p. 371-375, 2013.

HAGEN, Kåre B. et al. Socioeconomic factors and disability retirement from back pain: a 1983–1993 population-based prospective study in Norway. **Spine**, v. 25, n. 19, p. 2480-2487, 2000.

HAGEN, Kåre; TAMBS, Kristian; BJERKEDAL, Tor. A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. **Spine**, v. 27, n. 16, p. 1790-1796, 2002.

HOLANDA, Ab. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 4a ed. Curitiba: Editora Positivo, 2009.

HOOGE, Manouk et al. Work productivity is associated with disease activity and functional ability in Italian patients with early axial spondyloarthritis: an observational study from the SPACE cohort. **Arthritis Research & Therapy**, v. 18, n. 1, p. 265, 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios – resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

ILDEFONSO, Simone de Andrade Goulart; BARBOSA-BRANCO, Anadergh; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, Paulo Rogério. Prevalência de benefícios de seguridade social temporários devido a doença respiratória no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 1, p. 44-53, 2009.

International Labour Organization. Safety in numbers: pointers for the global safety at work. 2003. Disponível em: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_142840/lang-en/index.htm

JAKOBI, Heinz Roland et al. Benefícios auxílio-doença concedidos aos trabalhadores empregados no ramo de carne e pescado no Brasil em 2008 Sick leave benefits for workers in the Brazilian meat and fish industries in 2008. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 194-207, 2015.

- JÚNIOR, Miguel. **Direito Previdenciário. 8ª Edição.** São Paulo: : Quartier Latin; 2010, p. 123-124.
- KATZ, Jeffrey et al. Determinants of work absence following surgery for carpal tunnel syndrome. **American journal of industrial medicine**, v. 47, n. 2, p. 120-130, 2005.
- KLEINUBING, Raquel Einloft et al. Estresse e coping em enfermeiros de terapia intensiva adulto e cardiológica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 335-344, 2013.
- KROL, Marieke et al. A noticeable difference? Productivity costs related to paid and unpaid work in economic evaluations on expensive drugs. **The European Journal of Health Economics**, v. 17, n. 4, p. 391-402, 2016.
- LAAKSONEN, Mikko et al. Work arrangements, physical working conditions, and psychosocial working conditions as risk factors for sickness absence: Bayesian analysis of prospective data. **Annals of Epidemiology**, v. 20, n. 5, p. 332-338, 2010.
- LAURENTI, Ruy. A mensuração da qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 4, p.349-66, 2003.
- LEÃO, Ana Lúcia de Melo et al. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 262-277, 2015.
- LEONE ET, MAIA AG, BALTAR PE. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Economia e Sociedade**, v.19 n.1, p59-77, 2010.
- LIDWALL, Ulrik et al. Long-term sickness absence: changes in risk factors and the population at risk. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 22, n. 2, p. 157-168, 2009.
- MARQUES, Solange Vianna Dall'Orto; MARTINS, Gabriela de Brito; SOBRINHO, Oswaldo Cruz. Health, labor and subjectivity: considerations about absenteeism-disease of workers at a public university. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 9, n. 1, p. 668-680, 2011.
- MAURO, Maria Yvone Chaves et al. Riscos ocupacionais em saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 12, n. 3, p. 338-345, 2004.
- MELLO, Maria da Penha Pereira de; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. **A Decisão Pericial no Âmbito da Previdência Social.** **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 105-127, 2003.
- MEZIAT FILHO, Ney et al. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 494-502, 2011.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MOREIRA, Davi de Souza et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009.

MOURA, Alda Alice Gomes de; CARVALHO, Eduardo Freese de; SILVA, Neiton José Carvalho da. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.

NAHAS, Markus V. et al. Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias brasileiras: **relatório geral. Brasília: Serviço Social da Indústria**, Departamento Nacional; 2009.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner; SOARES, Cristiane. Condições de saúde no setor de transporte rodoviário de cargas e de passageiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1107-1123, 2005.

NÓBREGA, Luciana Porto Cavalcante et al. Qualidade de vida de mães de crianças trabalhadoras de rua da cidade de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n.4, p. 827-836, 2015.

O que você precisa saber sobre a Previdência Social. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2004. 40 p. Disponível em: http://www.vereadoramaraagabril.com.br/files/previdencia_social.pdf

OECD. Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work. **OECD Publishing**. 2012. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en. Accessed 7 July 2016.

OENNING, Nágila Soares Xavier; CARVALHO, Fernando Martins; LIMA, Veronica Maria Cadena. Fatores de risco para absenteísmo com licença médica em trabalhadores da indústria de petróleo. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 103-112, 2014.

Oficina Internacional del Trabajo. Enciclopedia de salud, seguridad e higiene en el trabajo. Madrid: **Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo**. Disponível em: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/sumario.pdf>

OGATA, Alberto Jose Niituma. Avaliação de qualidade de vida de indivíduos aposentados de uma instituição pública federal pelo questionário da Organização Mundial da Saúde-WHOQOL-bref. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n, 1, p. 55-60, 2008.

OLIVEIRA, Erineide Souza et al. Dor crônica sob a ótica dos pacientes da Escola de Postura da DMR HC FMUSP. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 1, p. 22-26, 2016.

OMS - **Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Tradução Suzana Gontijo. Brasília: OPAS, 2005, p.40.

PEDROSO, Bruno; PILATTI, Luiz Alberto. Notas sobre o modelo de qualidade de vida no trabalho de walton: uma revisão literária. **Conexões**, v. 7, n. 3, p. 29-43, 2009.

PEREHOUSKEI, Nestor Alexandre; SCRAMIN, Ana Paula; GONÇALVES, Kellen Fabiana. Ações de controle social empreendidas no centro polarizador regional de Maringá-PR. 2002 e 2003. **Gestão & Regionalidade**, v. 21, n. 61, p. 38-50, 2005

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; DOS SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PEREIRA, Joanna Fonsêca et al. Sintomas Osteomusculares relacionados ao Trabalho em Manicures e Pedicures. **Revista Ceuma Perspectivas**, v. 28, n. 2, p. 52-58, 2016.

PILATTI, Luiz Alberto. Qualidade de vida no trabalho e teoria dos dois fatores de Herzberg: possibilidades-limite das organizações. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 4, n. 1, p. 18-24, 2012.

Portal Educação - Cursos Online: Mais de 1000 cursos online com certificado <http://www.portaleducacao.com.br/direito/artigos/17210/trabalhador-avulso-e-a-previdencia-social#ixzz44hljWlcf>

RIISGAARD, Helle et al. Work motivation, task delegation, and job satisfaction of general practice staff—a cross-sectional study. **Family Practice**, v. 24, n. 1, p. 35-45, 2017.

REIS, Mauricio Cortez; RAMOS, Lauro. Escolaridade dos pais, desempenho no mercado de trabalho e desigualdade de rendimentos. **Revista Brasileira de Economia**, vol.65 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402011000200004>

ROCHA, Alby Duarte et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 63-81, 2000.

ROUQUAYROL, MZ; FILHO, NDA. **Epidemiologia e Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda, 1994. 527 p.

SANCINETTI, Tânia Regina et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 1007-1012, 2011.

SANTANA, Vilma Sousa et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1004-1012, 2006.

SANTOS, Ana Paula Gomes. **Qualidade de vida no trabalho: Análise das percepções de profissionais de uma Instituição de Ensino**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso, Brasília, 2008.

SANTOS, Marcio Neres dos; MARQUES, Alexandre Carriconde. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 837-846, 2013.

SANTOS, Mónica; ALMEIDA, Armando. Principais riscos e fatores de risco ocupacionais dos marceneiros e carpinteiros, bem como doenças profissionais associadas e medidas de proteção recomendadas. **Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2016.

SCHMIDT, Silke et al. The conceptual relationship between health indicators and quality of life: results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS field study. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 12, n. 1, p. 28-49, 2005.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SICHIERI, Rosely; PEREIRA, Rosângela A. Revista de Saúde Pública: 50 years disseminating the knowledge in nutrition. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 22, p. 52-72, 2016.

SILVA JUNIOR, João Silvestre; FISCHER, Frida Marina. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 186-190, 2014.

SILVA, Fabiana Caetano Martins et al. A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 98-104, 2016.

SILVA, Jorge Luiz Lima da et al. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015.

SILVA, Leonardo Rodrigues da et al. Nexo técnico epidemiológico previdenciário: perfil dos benefícios previdenciários e acidentários concedidos pelo INSS na região do Vale do Itajaí (SC) antes e depois da norma. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 9, n. 2, p. 69-77, 2011.

SILVA, Luiz Sérgio. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2049-2058, 2008.

SILVA, Marcelo Cozzensa da; FASSA, Ana Claudia Gastal; VALLE, Neiva Cristina Jorge. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 377-385, 2004.

SILVA-JUNIOR, João Silvestre da et al. Caracterização do nexo técnico epidemiológico pela perícia médica previdenciária nos benefícios auxílio-doença. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 39, n. 130, p. 239-246, 2014.

SKEVINGTON, Suzanne M.; LOTFY, Mahmoud; O'CONNELL, Kathryn A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. **Quality of life Research**, v. 13, n. 2, p. 299-310, 2004.

SOBRINHO, Carlito Lopes Nascimento et al. Médicos de UTI--prevalência da síndrome de burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 106-115, 2010.

SOUSA, Yanna Gomes; DE MEDEIROS, Paulo César; DE MEDEIROS, Soraya Maria. Importância da relação existente entre o acidente de trabalho e o nexo técnico epidemiológico (NTEP). **Enfermagem Revista**, v. 17, n. 1, p. 3-13, 2016.

SOUZA, Maiara Ferreira de; KRAYCHETE, Durval Campos. The analgesic effect of intravenous lidocaine in the treatment of chronic pain: a literature review. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 5, p. 386-392, 2014.

SOUZA, Norma Suely Souto et al. Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 630-638, 2008.

STOKES, M.E.; DAVIS, C.S.; KOCH, G.G. **Categorical Data Analysis using The SAS System**. 2 ed. Willey, North Carolina. 2009. Disponível em: <https://support.sas.com/documentation/cdl/en/statugcategoricaldata/61756/PDF/default/statugcategoricaldata.pdf>

TRINDADE, Letícia de Lima et al. Perfil dos segurados em benefício do auxílio-doença acidentário na agência da previdência social de Xanxerê/SC. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 272-278, 2014.

TURNER, Judith A.; FRANKLIN, Gary; TURK, Dennis C. Predictors of chronic disability in injured workers: a systematic literature synthesis. **American journal of industrial medicine**, v. 38, n. 6, p. 707-722, 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte Gomes. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v.21 n.4:539-548, 2012.

WADDELL, Gordon; AYLWARD, Mansel; SAWNEY, Philip. Back pain, incapacity for work and social security benefits: an international literature review and analysis. **London: Royal Society of Medicine Press**, v. 54, n. 4, p. 277-278, 2002.

WHOQOL GROUP et al. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: **Quality of life assessment: International perspectives**. Springer Berlin Heidelberg, 1994. p. 41-57.

World Health Organization [Internet]. **Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata**, USSR, 6-12 September 1978. [Access Apr 24 2016]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [Links]

World Health Organization. Constitution. [Internet]. 2006. [Access Apr 24 2016]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

ZHANG, Wei et al. Valuing productivity loss due to absenteeism: firm-level evidence from a Canadian linked employer-employee survey. **Health Economics Review**, v. 7, n. 1, p. 3-17, 2017.

ZHANG, Wei; BANSBACK, Nick; ANIS, Aslam H. Measuring and valuing productivity loss due to poor health: a critical review. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 2, p. 185-192, 2011.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PEDIDOS DE AUXÍLIO DOENÇA SOLICITADAS AO INSS E SUA RELAÇÃO COM QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DO REQUERENTE

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisadores Ana Lúcia da Silva, Ana Paula Kutchma, Juliana Figueiredo Mascote e Lúcia Elaine Ranieri Cortez, em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado Pedidos de auxílio doença solicitadas ao INSS e sua relação com qualidade e estilo de vida do requerente, cujo objetivo é analisar os pedidos de auxílio doença solicitadas ao INSS e sua relação com qualidade e estilo de vida do requerente. Os dados serão coletados através de questionários contendo as seguintes variáveis: socioeconômicas e demográficas, estilo de vida (Estilo de Vida Fantástico), qualidade de vida (WHOQOL-100) e qualidade de vida no trabalho (QWLQ-bref). Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Mestranda e pesquisadora Ana Lúcia da Silva, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE participar da mesma.

Maringá, /..... /2016.

Continuação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Ana Lúcia da Silva declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Ana Lúcia da Silva
 Endereço: Avenida Guedner, 1610
 Bairro: Jardim Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 Email: analu_orl@hotmail.com

Nome: Lucia Elaine Ranieri Cortez
 Endereço: Avenida Guedner, 1610
 Bairro: Jardim Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 e-mail: _____

Nome: Ana Paula Kutchma
 Endereço: Avenida Guedner, 1610
 Bairro: Jardim Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 e-mail: _____

Nome: Juliana Figueiredo Mascote
 Endereço: Avenida Guedner, 1610
 Bairro: Jardim Aclimação
 Cidade: Maringá UF: PR
 Fones: (44) 3027-6360 e-mail: _____

8.2 ANEXO 2

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
Pesquisador: Título da Pesquisa: Instituição Proponente: Versão: CAAE: PEDIDOS DE AUXÍLIO-DOENÇA REALIZADOS AO INSS E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DO REQUERENTE ana lúcia da silva Icteti - Instituto Cesumar de Ensino de Ciência, Tecnologia e Informação 2 56357016.7.0000.5539 Área Temática: DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Número do Parecer: 1.593.322 DADOS DO PARECER Trata-se de um estudo observacional, transversal e com abordagem quantitativa, que será realizado na Agência da Previdência Social de Maringá. Os participantes da pesquisa serão indivíduos de ambos os sexos, solicitantes de auxílio-doença no INSS de Maringá-PR entre junho e julho de 2016, que concordarem em participar do estudo. A amostragem prevista é de 748 indivíduos. Serão aplicados questionários na sala de espera, antes da perícia ser realizada, com as variáveis: Características sociodemográficas estilo de vida (Estilo de Vida Fantástico), qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e qualidade de vida no trabalho, bem como os CIDs dos requerentes definidos segundo perícia médica. Os dados secundários serão coletados pelos pesquisadores nos bancos de dados do INSS e serão coletados apenas dados não sigilosos. As Apresentação do Projeto: Patrocinador Principal: Financiamento Próprio 87.050-390 (44)3027-6360 E-mail: cep@unicesumar.edu.br Endereço: Bairro: CEP: Telefone: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5° piso Jardim Aclimação UF: PR Município: MARINGÁ Página 01 de 04 CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR Continuação do Parecer: 1.593.322 variáveis quantitativas serão descritas por meio das respectivas médias, desvios padrão e Coeficiente de Variação (CV). A caracterização do perfil dos pacientes periciados será realizada por meio de tabelas de frequência simples e cruzada. A associação entre as variáveis comportamentais e as demais variáveis observadas será testada por meio dos testes Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. Será considerado um nível de significância de 5% ($=0,05$). Os dados serão analisados no Programa Statistical Analysis Software - SAS, version 9.0. Objetivo Primário: Analisar os pedidos de auxílio-doença solicitados ao INSS e a qualidade de vida do requerente. Objetivo Secundário: Analisar o perfil do trabalhador em relação ao enquadramento do tipo de segurado, gênero, idade, tipo de trabalho, tempo de atividade e expediente semanal de trabalho; Identificar a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) das doenças mais prevalentes; Relacionar o estilo de vida do requerente aos CID; Identificar o CID, relacionando-o a qualidade de vida no trabalho; Propor ações relacionadas aos fatores modificáveis na relação do trabalho que previnam a doença no trabalhador em prol da saúde. Objetivo da Pesquisa: Riscos: Não há. Benefícios: Avaliar quais doenças mais incapacitam para o trabalho, verificar sua relação com a qualidade e estilo de vida e em decorrência dos dados, propor ações para prevenção desse tipo de evento. Avaliação dos Riscos e Benefícios: 87.050-390 (44)3027-6360 E-mail: cep@unicesumar.edu.br Endereço: Bairro: CEP: Telefone: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5° piso Jardim Aclimação UF: PR Município: MARINGÁ Página 02 de 04 CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR Continuação do Parecer: 1.593.322 A pesquisa traz benefícios para a comunidade, pois reconhecendo os principais motivos de saúde que levam a incapacidade para o trabalho e a relação destas doenças com o estilo e qualidade de vida da população pode-se tentar minimizar a quantidade de auxílio-doença solicitada nos dias de hoje. Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Os termos atendem as exigências do CEP. Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Não há Recomendações: Aprovado. Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: projeto aprovado Considerações Finais a critério do CEP: Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados: Tipo Documento Arquivo Postagem Autor Situação Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_705494.pdf 03/06/2016

16:24:17 Aceito Outros riscoeconfidencialidade.pdf 03/06/2016 16:18:50 ana lúcia da silva Aceito Folha de Rosto folharosto3.pdf 02/05/2016 23:35:01 ana lúcia da silva Aceito Outros anexo4.pdf 26/04/2016 17:55:34 ana lúcia da silva Aceito Outros anexo3.pdf 26/04/2016 17:55:14 ana lúcia da silva Aceito Outros anexo2.pdf 26/04/2016 17:54:51 ana lúcia da silva Aceito Outros anexo1.pdf 26/04/2016 17:54:33 ana lúcia da silva Aceito Projeto Detalhado / Brochura Investigador projetoparaplataformabrasil.pdf 26/04/2016 17:22:41 ana lúcia da silva Aceito Outros cepminhaassinatura.pdf 26/04/2016 14:01:42 ana lúcia da silva Aceito 87.050-390 (44)3027-6360 E-mail: cep@unicesumar.edu.br Endereço: Bairro: CEP: Telefone: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5° piso Jardim Aclimação UF: PR Município: MARINGA Página 03 de 04 CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR Continuação do Parecer: 1.593.322 MARINGA, 16 de Junho de 2016 Nilce Marzolla Ideriha (Coordenador) Assinado por: Outros inss.pdf 26/04/2016 14:00:47 ana lúcia da silva Aceito TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência tcle2.pdf 26/04/2016 13:56:10 ana lúcia da silva Aceito TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência tcle1.pdf 26/04/2016 13:55:26 ana lúcia da silva Aceito Situação do Parecer: Aprovado Necessita Apreciação da CONEP: Não 87.050-390 (44)3027-6360 E-mail: cep@unicesumar.edu.br Endereço: Bairro: CEP: Telefone: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5° piso Jardim Aclimação UF: PR Município: MARINGA Página 04 de 04.

8.3 ANEXO 3- DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Maringá / 19 / abril / 2016.

Ilma Sr.^a

Prof.^a Dr.^a Nilce Marzolla Ideriha

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)

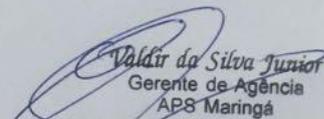
UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

Prezada Coordenadora,

Eu, Valdir da Silva Junior declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado Pedidos de auxílio doença solicitados ao INSS e sua relação com qualidade e estilo de vida do requerente, sob a responsabilidade do(s) pesquisadores Ana Lúcia da Silva, Ana Paula Kutchma, Juliana Figueiredo Mascote que a Agência da Previdência Social de Maringá, conforme Resolução CNS/MS 466/12, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma, viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,


Valdir da Silva Junior
Gerente de Agência
APS Maringá

Valdir da Silva Junior, CPF: 05721664940

9. APÊNDICES

9.1 ANÁLISE SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA:

Sexo: M F

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Cidade: _____

Possui Filhos ? Quantos ? _____

Sim Não

O Sr(a) frequentou escola ?

Sim Não

Primário incompleto

Primário completo

Ensino Fundamental incompleto

Ensino Fundamental completo

Ensino Médio incompleto

Ensino Médio completo

Universidade incompleta

Universidade completa

Renda mensal

abaixo de 1 salário mínimo

1 a 3 salários

4 a 6 salários

acima de 6 salários

Outros _____

O Sr(a) tem alguma doença

Câncer

Osteoporose

Diabetes

Próstata

Derrame

Problemas intestinais (constipação ou diarreia)

Hipertensão

Problemas cardíaco

Hipotireoidismo hipertireoidismo

Pulmonar (Asma, Bronquite ou enfisema)

Incontinência Urinária

Outros.

Qual: _____

9.2 QUESTIONÁRIO ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO

Quadro I - Questionário de estilo de vida Fantástico.

Familia e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Dou e recebo afeto.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Nutrição	Como uma dieta balanceada (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Freqüentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos.	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável.	Mais de 8 kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg
Cigarro e drogas	Fumo cigarros.	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos cinco anos
	Uso drogas como maconha e cocaína.	Algumas vezes				Nunca
	Abuso de remédios ou exagero.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas").	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
Álcool	Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (ver explicação).	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Dirijo após beber.	Algumas vezes				Nunca
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	Durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Uso cinto de segurança.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Pratico sexo seguro (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre
Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me com raiva e hostil.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Instropecção	Penso de forma positiva e otimista.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Sinto-me tenso e desapontado.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me triste e deprimido.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

9.3 - QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO – QWLQ-BREF

Este questionário tem como objetivo avaliar a qualidade de vida no trabalho, sob o ponto de vista pessoal, de saúde, psicológico e profissional.

Por favor, responda todas as questões. Caso não tenha certeza sobre qual resposta dar, sugiro escolher entre as alternativas a que lhe parece ser a mais adequada, sendo normalmente esta a primeira escolha.

Por favor, tenham em mente as duas últimas semanas para responder as questões

Exemplo:

Quanto você se preocupa com dores ou desconfortos no trabalho?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde a sua realidade, lembrando, pensando apenas nas duas últimas semanas.

Por favor, leia com atenção as questões e escolha o número que lhe parecer a melhor resposta.

1) Como você avalia a sua liberdade para criar novas coisas no trabalho?				
Muito baixa	Baixa	Média	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

2) Em que medida você avalia sua motivação para trabalhar?				
Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
1	2	3	4	5

3) Como você avalia a igualdade de tratamento entre os funcionários?				
Muito baixa	Baixa	Média	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

4) Em que medida você avalia seu sono?				
Muito baixa	Baixa	Média	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

5) Como você avalia sua liberdade de expressão no trabalho?				
Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
1	2	3	4	5

6) Você se sente realizado com o trabalho que faz?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

7) Em que medida você sente orgulho da organização na qual participa?				
Muito pouco	Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

8) Em que medida algum problema com o sono prejudica seu trabalho?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9) Em que medida você avalia o orgulho pela sua profissão?				
Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
1	2	3	4	5

10) Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados?				
Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
1	2	3	4	5

11) Em que medida sua família avalia o seu trabalho?				
Muito ruim	Ruim	Médio	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

12) Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?				
Muito pouco	Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13) Você está satisfeito com o seu nível de responsabilidade no trabalho?				
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

14) Você se sente satisfeito com os treinamentos dados pela organização?				
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Completamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15) Em que medida você é respeitado pelos seus colegas e superiores?				
Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

16) Você se sente satisfeito com a variedade das tarefas que realiza?				
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

17) Suas necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

18) Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho?				
Muito ruim	Ruim	Médio	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

19) Em que medida você se sente confortável no ambiente de trabalho?				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

20) O quanto você está satisfeito com a sua qualidade de vida no trabalho?				
Nada	Pouco	Médio	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

WHOQOL – ABREVIADO

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5