



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB

CAMPUS I

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

SAMYTA XAVIER LEANDRO

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMATOLOGIA DOLOROSA
MUSCULOESQUELÉTICA ENTRE FISIOTERAPEUTAS DOCENTES
DE IES DE CAMPINA GRANDE/PB**

CAMPINA GRANDE – PB

2012

SAMYTA XAVIER LEANDRO

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMATOLOGIA DOLOROSA MUSCULO-
ESQUELÉTICA ENTRE FISIOTERAPEUTAS DOCENTES DE IES DE
CAMPINA GRANDE/ PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

**Orientadora: Prof^ª. Dra. Alecsandra
Ferreira Tomaz**

CAMPINA GRANDE – PB

2012

SAMYTA XAVIER LEANDRO

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMATOLOGIA DOLOROSA
MUSCULOESQUELÉTICA ENTRE FISIOTERAPEUTAS DOCENTES
DE IES DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

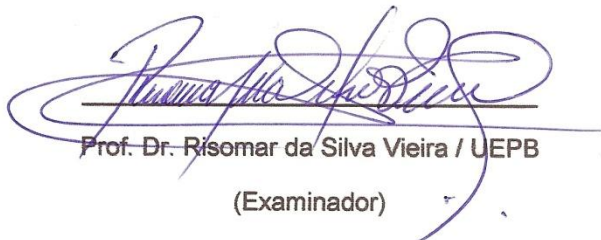
Aprovado em, 21/06/2012



Prof^ª Dra. Alecsandra Ferreira Tomaz/ UEPB
(Orientadora)



Prof^ª Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo/ UEPB
(Examinadora)



Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira / UEPB
(Examinador)

L437q Leandro, Samyta Xavier.
Qualidade de vida e sintomatologia dolorosa musculoesquelética entre fisioterapeutas docentes de IES de Campina Grande/PB [manuscrito] / Samyta Xavier Leandro.– 2012.
49 f.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.
“Orientação: Profa. Dra. Alecsandra Ferreira Tomaz, Departamento de Fisioterapia”.

1. Qualidade de Vida. 2. Fisioterapia. 3. Dor e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.
I. Título.

QUALIDADE DE VIDA E SINTOMATOLOGIA DOLOROSA MUSCULOESQUELÉTICA ENTRE FISIOTERAPEUTAS DOCENTES DE IES DE CAMPINA GRANDE/PB

LEANDRO, Samyta Xavier¹

RESUMO

INTRODUÇÃO: O trabalho é a atividade desenvolvida pelo homem com o propósito de gerar riquezas. No entanto, quando este é desenvolvido em condições inadequadas, pode gerar doenças, levando à inatividade culminando na morte. O fisioterapeuta é um profissional da área de saúde que tem o movimento como seu principal objeto de estudo e a forma como este profissional desempenha suas funções é em grande parte responsável pelo aparecimento de alterações no sistema osteoarticular, que resultam em dor a qual está intrinsecamente relacionada aos distúrbios musculoesqueléticos, os quais desencadeiam custos e promovem impacto na qualidade de vida.

OBJETIVO: Verificar a qualidade de vida e as queixas de sintomatologia dolorosa musculoesquelética em fisioterapeutas docentes de Instituições de Ensino Superior (IES) de Campina Grande/PB. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal, composto por uma amostra de 39 fisioterapeutas docentes. Os dados foram coletados por meio da utilização de cinco questionários, o sociodemográfico, o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, o SF-36 e o IPAQ. A intensidade dolorosa foi determinada pela Escala Visual Analógica (EVA).

RESULTADOS: Observou-se maior número de professores do sexo feminino (87,2%), na faixa etária entre 30-39 anos (33,3%), com dois (53,8%) ou três (46,2%) turnos de trabalho. Verificou-se que 94,8% da amostra referiu dor, sendo as regiões, cervical (34,1%) e lombar (27,2%), as mais acometidas, respectivamente. Observou-se relevância entre as variáveis, jornada de trabalho diária e nível de atividade física com a intensidade da dor. Houve correlação moderada entre a variável sociodemográfica, jornada de trabalho com os domínios, vitalidade e aspecto social do SF-36. Observou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), entre os domínios limitação por aspectos físicos, dor, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, com os graus da sintomatologia dolorosa, como também significância entre o nível de atividade física e os domínios, dor e estado geral de saúde do SF-36. **CONCLUSÃO:** A presença de sintomatologia dolorosa foi evidenciada, predominando em docentes do sexo feminino, que exerciam o trabalho em dois ou mais turnos e que esses profissionais em virtude da queixa algica tinham um comprometimento na qualidade de vida, mesmo àqueles fisicamente ativos, pois a atividade física desenvolvida não era voltada ao bem-estar físico, mas a execução de trabalhos domésticos e de locomoção.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida, Fisioterapia, Dor e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.

¹ Acadêmica de graduação do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail para contato: samytaxavier@gmail.com

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE and pain symptoms MUSCULOESQUELÉTICAENTRE PHYSIOTHERAPY
FACULTY IES Campina Grande / PB

INTRODUCTION: This paper is the activity performed by man in order to generate wealth. However, when it is developed in inadequate, can cause disease, leading to the idle ending in death. The physical therapist is a professional health movement that has as its main object of study and how this professional performs its functions is largely responsible for the appearance of changes in the musculoskeletal system, resulting in pain which is intrinsically related to musculoskeletal disorders, which trigger further cost and impact on quality of life. To assess the quality of life and the painful symptoms of musculoskeletal complaints in physical therapy faculty of Institutions of Higher Education (IHE) of Campina Grande / PB. **METHOD:** This is a descriptive study with cross-sectional design, consisting of a sample of 39 physiotherapists teachers. Data were collected through the use of five questionnaires, sociodemographic, the Nordic Musculoskeletal Questionnaire, the SF-36 and IPAQ. Pain intensity was determined by visual analog scale (VAS). **RESULTS:** A higher number of female teachers (87.2%), aged 30-39 years (33.3%), two (53.8%) or three (46.2%) shifts. It was found that 94.8% said pain, with the regions, cervical (34.1%) and lumbar (27.2%), the most affected, respectively. There was significance between the variables, working hours and level of daily physical activity with pain intensity. There was moderate correlation between socio-demographic variable, with the day's work areas, vitality and social aspect of the SF-36. There was statistically significant ($p < 0.05$) between the domains of physical limitations, pain, role emotional and mental health, with the degrees of painful symptoms, but also significant differences between the level of physical activity and domains, pain and general health of the SF-36. **CONCLUSION:** The presence of painful symptoms was observed, predominantly in female teachers, who performed the work in two or more shifts and that these professionals because of the pain complaint had an impairment in quality of life, even those physically active, because the physical activities was not focused on the physical well-being, but the performance of housework and commuting.

KEY WORDS: Quality of life, Physical Therapy, Pain and Work-Related Musculoskeletal Disorders.

1 INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade o homem percebe e tem a necessidade de desenvolver atividades que promovam o seu sustento, porém com as mudanças ocorridas no sistema sócio-econômico mundial, o ser humano abandonou o conceito de trabalho restrito à subsistência, e passou a encará-lo como a maneira de acúmulo de riqueza, satisfação pessoal e inserção social, “de forma conceitual, podemos dizer que o processo de trabalho é o resultado da combinação do objetivo, dos meios, da força e do produto do trabalho” (DELIBERATO, 2002, p. 101).

Ao longo do processo evolutivo, o homem passou por grandes modificações no que se refere ao seu modo de trabalho e hoje se encontra submetido a sobrecargas físicas, psíquicas e emocionais consideráveis para alcançarem as metas de produção estabelecidas pelo atual modelo econômico capitalista, em que muitas vezes a renda e ganho de capital sobrepuja-se à saúde e qualidade de vida do trabalhador. Nesse sentido, a atividade laboral atua como meio de queixas e alterações fisiológicas, que podem comprometer o desempenho e o bem-estar deste indivíduo (DELIBERATO, 2002).

Para a execução de um trabalho produtivo e satisfatório, tanto para o empregado como para o empregador é necessária a existência de condições adequadas de saúde. Segundo Langoski (2001), o trabalho quando insuficiente pode tornar o corpo e a mente indolentes, o que impossibilita o funcionamento em maior vitalidade dos mesmos e em consequência disso diversas alterações podem surgir. Por outro lado, o excesso de trabalho pode levar ao rompimento do equilíbrio entre o corpo e a mente, favorecendo o aparecimento de doenças físicas e/ou psíquicas.

Nesse contexto pode-se dizer que a Saúde do Trabalhador consiste em uma área da saúde pública que vislumbra o seu foco de estudo e a sua intervenção na relação entre o trabalho e a saúde. Seus principais determinantes compreendem: os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho (TEDESCHI, 2005).

Para Naves e Mello (2008); Mascarenhas e Miranda (2010), a duração e a intensidade das atividades executadas durante o período de trabalho relacionam-se diretamente com o aparecimento de disfunções musculoesqueléticas, as quais surgem em regiões anatômicas diversas, em vários graus de intensidade e estão ocupando cada vez maior destaque, principalmente na área de Saúde do Trabalhador, sobretudo em virtude do conhecimento sobre as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

Os riscos e as exigências a que os trabalhadores são submetidos, variam de acordo com cada profissão (NAVES; MELLO,2008). Normalmente, os profissionais de saúde são constantemente expostos à sobrecarga física e mental durante a realização do seu trabalho, associado à ausência de padrões ergonômicos adequados e jornada de trabalho frequentemente extensa, duplicada e acompanhada de plantões (ROMANI, 2001). O profissional fisioterapeuta tem o seu próprio corpo como um dos principais instrumentos para o seu trabalho, sendo muitas vezes utilizado em situações de sobrecarga, seja pela realização inadequada de um movimento ou durante o trabalho com o paciente dependente (NAVES, MELLO 2008 apud D'ÁVILA et al, 2005).

Neste sentido, o fisioterapeuta por ser um profissional constantemente submetido às exigências tanto intrínsecas como externas, pode ser considerado um indivíduo com maior propensão a apresentar uma qualidade de vida afetada negativamente, que se reflete no seu cotidiano com prejuízos para o seu estado físico, psicológico, emocional e social e o aparecimento de distúrbios osteoarticulares reforçam no impacto da percepção como também da vivência dessa qualidade de vida.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é verificar a qualidade de vida e as queixas de sintomatologia dolorosa musculoesquelética em fisioterapeutas docentes de Instituições de Ensino Superior (IES) de Campina Grande/PB.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE DO TRABALHADOR

O trabalho é a atividade desenvolvida pelo homem com o propósito de gerar renda. Pode-se dizer que a história do trabalho inicia-se quando o homem busca os meios adequados para satisfazer as suas necessidades. Essa procura, historicamente se reproduz em toda ação efetuada pelo homem como maneira de sobrevivência (DELIBERATO, 2002).

Além de constituir fonte de sustento para a vida do homem, o trabalho também representa a oportunidade deste se sentir útil, produtivo e valorizado, com a possibilidade concreta de auto-realização. No entanto, quando o trabalho é desenvolvido em condições inadequadas, pode gerar doenças, levando à inatividade culminando na morte (PINHEIRO, 2008).

Tedeschi (2005) afirma que os trabalhadores, individual e coletivamente nas organizações, são considerados partícipes das ações de saúde, que incluem: o estudo das condições de trabalho, a identificação de mecanismos de intervenção técnica para sua melhoria e adequação e o controle dos serviços de saúde prestados, onde na condição de prática social, as ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis

No Brasil, as relações entre trabalho e saúde do trabalhador conformam um mosaico, coexistindo múltiplas situações de trabalho caracterizadas por diferentes estágios de incorporação tecnológica, diferentes formas de organização e gestão, relações e formas de contrato de trabalho, que se refletem sobre o viver, o adoecer e o morrer dos trabalhadores, sem um amplo, diversificado e heterogêneo estudo dos mesmos para um gerenciamento eficaz do sistema (TEDESCHI, 2005).

O referido autor aponta ainda que a precarização do trabalho caracteriza-se pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais e pela legalização de trabalhos temporários e da informalização do trabalho. Como consequência, evidencia-se o aumento do número de trabalhadores autônomos e subempregados, a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência individual e coletiva dos trabalhadores, o aumento da jornada de trabalho com acúmulo de funções, maior exposição a fatores de risco para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento de níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego. Situações estas que são acompanhadas pela

exclusão social e deterioração das condições de saúde, e os profissionais da área de saúde estão expostos a estas circunstâncias, dentre eles o fisioterapeuta.

2.2 O PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA

O fisioterapeuta é um profissional da área da saúde, de nível superior, que tem sua profissão reconhecida e regulamentada pelo DECRETO-LEI nº 938, de 13 de outubro de 1969, sendo atividade característica do fisioterapeuta a execução de métodos e técnicas fisioterapêuticas tendo definida sua finalidade de trabalho como a de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (COFFITO, 2012).

O movimento humano constitui o principal objeto de estudo deste profissional, o qual avalia, previne e trata os distúrbios da cinesia humana, sejam decorrentes de alterações orgânicas e sistêmicas ou com repercussões psíquicas e físicas. No processo fisioterapêutico, esse profissional está habilitado a realizar o diagnóstico dos distúrbios cinético-funcionais, prognóstico, prescrição, intervenção e alta, desenvolvendo competências e habilidades inerentes ao seu perfil profissional com responsabilidade, ética e autonomia (CREFITO 1, 2011).

A forma como este profissional desempenha suas funções é em grande parte responsável pelo aparecimento de alterações no seu sistema osteoarticular. Em relação a essa abordagem, Silva (2006, p. 24) afirma:

Rotineiramente, o fisioterapeuta realiza atividades que sobrecarregam o sistema músculo-esquelético, como transferência de pacientes dependentes, assistência a pacientes durante deambulação, resistências manuais, levantamento de pesos e equipamentos (BORK et al, 1996); trabalhar em posições desconfortáveis por longo período, rodar e curvar o corpo (HOLDER et al, 1999); sentar-se ou ficar em pé prolongadamente (SCHOLEY; HAIR, 1989) e movimentos repetitivos de membros superiores quando utiliza técnicas terapêuticas manuais (CROMIE; ROBERTSON; BEST, 2000).

A promoção da saúde do indivíduo constitui um dos maiores objetivos da fisioterapia, contudo as condições ergonômicas presentes em grande parte dos ambientes de trabalho são precárias, o que proporciona a execução das atividades

laborais que induzem a danos à condição física do fisioterapeuta no atendimento aos seus pacientes (NAVES; MELLO, 2008; MASCARENHAS; MIRANDA, 2010).

Na fisioterapia, além do aspecto físico, ocorre também um vínculo muito forte na relação terapeuta-paciente, o que desencadeia um processo de interação entre ambas as partes, essencial para o processo de reabilitação. Por se envolver direta ou indiretamente com a emoção, com a história pessoal de cada indivíduo, a fisioterapia ocupa uma dimensão delicada e susceptível, que compreende os aspectos físico, psicológico, intelectual, financeiro e social (SILVA, 2006). Isso gera um dilema conforme afirma Braz (2001):

O profissional de saúde deve educar-se para o sentimento, para conhecer-se e conhecer o paciente, sua cultura, sua história, suas angústias e seus anseios, ampliando seu olhar de fisioterapeuta não somente para o corpo, mas também para a história de vida do paciente, escrita no corpo e na alma. É importante realmente olhar, respeitar, amar e aprender com o paciente (BRAZ, 2001, p.88).

A carga de trabalho do fisioterapeuta é extenuante tanto do ponto de vista quantitativo, em decorrência do excesso de pacientes atendidos e de carga horária como também qualitativo, por conta do desgaste mental e emocional, ambos devido à natureza do trabalho executado. Várias pesquisas realizadas apontam que com o desenvolvimento tecnológico o ser humano está trabalhando cada vez mais, e no que se refere ao profissional da área da saúde, este necessita empregar tais tecnologias, o que requer tempo e dedicação (SILVA, 2006).

Mascarenhas e Miranda (2010), com base em Tedeschi (2005), denotam que comumente entre 10 a 20 anos de efetivo exercício profissional, o fisioterapeuta se desvincula de sua profissão com queixas de cansaço físico e mental e algias musculoesqueléticas, recorrendo à prática de outras ocupações paralelas ou substitutas como o magistério, realização de palestras, supervisão de estágios e consultorias.

2.3 A DOR E OS DISTÚRBIOS MUSCULOESQUELÉTICOS

Por reconhecer que as algias musculoesqueléticas podem acometer o fisioterapeuta em seu processo de trabalho se faz importante tecer comentários sobre a dor e os distúrbios musculoesqueléticos.

O modelo de globalização levou a precarização do trabalho, que por sua vez proporcionou o aumento das funções e da jornada de trabalho das atividades profissionais, além da maior exposição a fatores de risco para saúde, afetando de maneira complexa o estilo de vida e o padrão de saúde/doença dos trabalhadores (SILVA; SANTOS, 2010).

Entre os agravos à saúde, a sintomatologia dolorosa é uma das sensações mais frequentemente evidenciadas na clínica humana e se destaca como uma característica muito particular conferida pelo homem, pois o mesmo não fica indiferente a ela e reage de forma variável de acordo com o tipo, a intensidade da sensação, a experiência prévia do sujeito e as condições ambientais existentes em relação à queixa dolorosa (DOUGLAS, S/A).

Dentro da multiplicidade de conceitos atribuídos a dor, para o IASP - *International Association for the Study of Pain* (2008), a mesma deve ser entendida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos que sugerem tal dano.

Lozano et al (2006) afirmam que as algias são um problema comum em nossa sociedade. É um sintoma subjetivo, que não pode ser medido da mesma forma que fazemos com a pressão arterial e a frequência cardíaca, por exemplo. Atualmente, há uma concepção diferente de dor, deixou de ser um sinal de patologia clínica, tornando-se, num processo que envolve a área afetiva do indivíduo e altera a sua capacidade funcional.

É notável que a queixa nociceptiva venha acompanhada de certas características adicionais, a exemplo do estado emotivo, que geralmente é denominado de aflição, emoção negativa, sentimento de rejeição ou ainda não aceitação da causa da dor. Além desse aspecto, a dor se acompanha de uma reação neurovegetativa, de intensidade e características variáveis, como: hipertensão; taquicardia; sudorese; alterações respiratórias; dentre outras. A resposta muscular esquelética, (outra manifestação acompanhante da dor),

geralmente se traduz pelo aumento do tônus muscular que leva à posição antálgica e pelo reflexo de retirada (DOUGLAS, S/A).

Outro tema bastante relevante trata-se dos distúrbios musculoesqueléticos, os quais normalmente culminam em dor que, segundo Carvalho e Alexandre (2006), têm despertado a atenção de pesquisadores preocupados com questões relativas à saúde e ao trabalho, devido o custo e o impacto na qualidade de vida. Esses distúrbios incluem várias doenças articulares, problemas de coluna, alterações em tecidos moles, condições ósseas e trauma de difícil avaliação clínica.

Com base no exposto por Trelha et al (2004), Massaro e Deliberato (2005), as classes profissionais comumente mais acometidas por LER/DORTs são digitadores, caixas, bancários e profissionais da área da saúde, inclusive os fisioterapeutas.

A fisioterapia pode ser considerada uma ocupação estressante em se tratando da presença de fatores relacionados à dor lombar, membros inferiores, mãos, punhos e polegar. O trabalho do fisioterapeuta demanda esforço físico e envolve atividades de levantamento, inclinação, flexão e rotação do tronco, manutenção da posição ortostática por tempo prolongado e posturas inadequadas, fatores estes que podem ser responsáveis pela origem de distúrbios musculares relacionados ao trabalho (CARREGARO, 2006).

Associadamente esse profissional desempenha um trabalho intenso, que se traduz pela grande quantidade de pacientes atendidos durante a jornada, principalmente em hospitais e clínicas públicos, que parece contribuir para a grande ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos nos fisioterapeutas (NAVES; MELLO, 2008). Em relação à ocorrência do acometimento da população docente por sintomas osteomusculares, tem-se alcançado importante repercussão na área de saúde pública, devido ao aumento do adoecimento e afastamento dos mesmos, causando nos professores um conjunto de mal-estares, muitas das vezes desestabilizando a economia psicossomática e provocando diversas doenças, que influenciam na sua qualidade de vida (SILVA; SANTOS, 2010).

Diante desse contexto, se faz necessária a realização de análises ergonômicas como forma de aprimorar a investigação dos problemas de saúde resultantes da atividade dos fisioterapeutas docentes, com o objetivo de subsidiar

medidas preventivas e controle de agravos, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida dessa população.

2.4 QUALIDADE DE VIDA

A expressão *qualidade de vida* (QV) foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. O interesse em conceitos como padrão de vida e qualidade de vida foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma conseqüência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de “*qualidade de vida*” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK et al, 1999).

Minayo et al (2000) denotam que o conhecimento junto da temática qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado está associada a modo, condições e estilos de vida. De outro, abrange ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si.

Seguindo uma tendência da literatura mundial, o estudo sobre qualidade de vida aumentou os esforços voltados para o amadurecimento do conceito, agregando diferentes sentidos na dependência de cada pessoa e de acordo com a área em que será aplicado (SPILLER et al, 2008).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo Qualidade de Vida pode ser entendido como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus

objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK et al, 1999). Sua promoção resulta em melhorias quanto à satisfação e motivação pessoal, que se reflete dentro e fora do ambiente de trabalho (DÁVILA et al, 2008).

Por envolver vários aspectos da vida humana, tais como saúde, família, relações sociais, trabalho e meio ambiente, o conceito de qualidade de vida é considerado subjetivo, abstrato e multidimensional, além de ser dinâmico pela influência de fatores culturais, religiosos, éticos e de valores pessoais (PASCHOAL et al, 2007). A subjetividade aprecia as percepções dos sujeitos no seu contexto de vida pessoal, seus objetivos e aspirações, que muitas vezes sofrem influência de aspectos culturais. O que demonstra que a qualidade de vida só pode ser avaliada pelo próprio indivíduo. Porquanto a multidimensionalidade refere-se às diferentes dimensões físicas, psicológicas, de relações pessoais e de trabalho, de meio ambiente e de recursos financeiros, dimensões estas que a influenciam (SPILLER et al, 2008).

Para Minayo et al (2000), em todas as abordagens referentes à temática qualidade de vida, valores não materiais como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção. Já no tocante as condições materiais básicas que estão relacionadas à qualidade de vida encontram-se a supressão das necessidades mais elementares da vida humana, tais como: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Uma das influências da qualidade de vida entre os indivíduos consiste na forma em que o profissional percebe e atribui um significado para o seu trabalho. No modelo capitalista, o processo de trabalho organiza a vida dos trabalhadores, garante a sobrevivência, e constitui o meio de colocar em prática os conhecimentos e as aptidões físicas desenvolvidas e de representar a utilidade humana na sociedade. A relação entre qualidade de vida e trabalho entre os profissionais de saúde é ainda maior devido à intensa jornada de trabalho, condições do meio ambiente, remuneração, relacionamento interpessoal e outros aspectos relacionados ao trabalho (SPILLER et al, 2008).

A existência de uma má qualidade de vida, em uma ou mais dimensões, nos profissionais de saúde pode levar ao comprometimento da dinâmica de atendimento, gerando prestação inadequada de serviços, com prejuízo institucional e, principalmente para a assistência aos pacientes (PASCHOAL et al, 2007).

A qualidade de vida dos indivíduos pode ser afetada pelo acometimento do organismo por disfunções musculoesqueléticas, as quais já foram comentadas anteriormente e representam cerca de 40% das doenças crônicas, em que mais da metade acarretam alterações funcionais (GOMES et al, 2010).

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, para identificar a qualidade de vida e a presença de queixas dolorosas musculoesqueléticas em uma amostra de 39 fisioterapeutas docentes de três Instituições de Ensino Superior (IES) de Campina Grande, realizado entre os meses de março e abril de 2012.

Foi adotado como critério de inclusão: os profissionais graduados em fisioterapia, exercendo a atividade profissional da docência há mais de um ano nas Instituições de Ensino Superior, que se encontravam em pleno exercício de sua profissão e que aceitaram participar da pesquisa.

Como instrumentos da coleta de dados foram utilizados cinco questionários: um para caracterizar os dados sociodemográficos (APÊNDICE A) incluindo as seguintes variáveis: identificação (através de um código numérico), sexo, idade, estado civil, número de filhos, nível de formação profissional, tempo de formação universitária, ano em que se formou, tempo que exerce a função da docência, carga horária de trabalho diário, turno(s) no(s) qual(is) exerce o trabalho e se possui trabalho extra; outro para identificar a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos, o qual consiste no Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares – QNSO (ANEXO 1), já validado no Brasil; um terceiro questionário, o SF-36 (ANEXO 2) para avaliação da qualidade de vida dos sujeitos envolvidos na pesquisa e um último questionário para avaliar a prática de atividades

físicas – IPAQ (ANEXO 3). Para determinar a intensidade da dor foi utilizada neste estudo, a Escala Visual Analógica da Dor – EVA (APÊNDICE B).

Os dados foram tabelados na planilha eletrônica Excel®, posteriormente organizados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0. Foi utilizado o teste de normalidade de Shapiro-wilk, sendo adotado o nível de significância estatística $p < 0,05$ e além desse também foram utilizados outros dois testes, o de Mann-Whitney (U) - consiste em um teste não-paramétrico que compara a diferença de média entre dois grupos e, o teste de Kruskal-Wallis – que também é não-paramétrico, porém compara as médias entre mais de dois grupos. Para o estabelecimento de correlações, foi utilizado o teste de Spearman.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, parecer número 0755.0.133.000-11 (ANEXO 9). Foi solicitada a cada entrevistado a permissão por escrito através do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, em conformidade com o que estabelece a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS (ANEXO 4). Além da solicitação formal aos coordenadores dos cursos de Fisioterapia das instituições envolvidas, por meio de uma Carta de Anuência, a autorização para realização da pesquisa nas dependências das mesmas (ANEXO 5 – UEPB), (ANEXO 6 – UNESC) e (ANEXO 7 – FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU). A pesquisadora responsável bem como a orientanda assinaram um termo de concordância com este projeto de pesquisa (ANEXO 8).

4 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra, através da qual podemos destacar que a maioria dos fisioterapeutas docentes encontra-se na faixa etária de 30-39 anos. Observa-se a busca pela qualificação/capacitação, com 59% de docentes mestres e doutores.

Foi evidenciado que, os profissionais investigados trabalham em dois ou três turnos, não havendo nenhum fisioterapeuta docente que apresente um único turno

de trabalho, o que pode estar diretamente relacionado com as queixas dolorosas e o aparecimento de distúrbios osteoarticulares (TABELA 1).

TABELA 1: Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Descrição da amostra n (%)
Sexo	
Masculino	5 (12,8)
Feminino	34 (87,2)
Idade	
20-29 anos	9 (23,0)
30-39 anos	13 (33,3)
40-49 anos	6 (15,4)
50-59 anos	11 (28,3)
Lateralidade	
Destro	34 (87,2)
Sinistro	5 (12,8)
Estado Civil	
Solteiro	12 (30,7)
Casado/União estável	25 (64,1)
Divorciado	1 (2,6)
Viúvo	1 (2,6)
Filhos	
Sim	23 (59,0)
Não	16 (41,0)
Escolaridade	
Superior Completo/ Especialização	16 (41,0)
Mestrado	14 (35,9)
Doutorado	9 (33,1)
Tempo de formação	
Até 5 anos	5 (12,8)
6-10 anos	14 (35,9)
11-20 anos	5 (12,8)
21-30 anos	13 (33,3)
Mais de 30 anos	2 (5,2)
Tempo que exerce a mesma profissão	
Até 5 anos	5 (12,8)
6-10 anos	14 (35,9)
11-20 anos	6 (15,4)
21-30 anos	12 (30,7)
Mais de 30 anos	2 (5,2)
Jornada de trabalho diária	
Até 06 horas	3 (7,6)
07 ou 08 horas	18 (46,2)
Acima de oito horas	18 (46,2)
Número de turnos trabalhados	
Dois	21 (53,8)
Três	18 (46,2)
Outra atividade Remunerada	
Sim	7 (18,0)
Não	32 (82,0)

Na tabela 2 foi observada a caracterização da sintomatologia dolorosa, demonstrando que mais de 90% da amostra referiu dor e que as regiões anatômicas mais acometidas foram a coluna cervical (34,1%) e a coluna lombar (27,2%).

TABELA 2: Caracterização da sintomatologia dolorosa entre os professores

Variáveis	Descrição da amostra n (%)
Ocorrência de dor	
Sem dor	2 (5,2)
Com dor	37 (94,8)
Locais sede de dor	
Coluna Cervical	15 (34,1)
Ombro do lado da lateralidade	6 (13,6)
Ombro contrário à lateralidade	6 (13,6)
Punho contrário à lateralidade	1 (2,3)
Coluna torácica	2 (4,6)
Coluna Lombar	13 (27,2)
Quadril	1 (2,3)
Coxa	1 (2,3)
Intensidade	
Dor leve	3 (8,2)
Dor moderada	13 (35,1)
Dor severa	21 (56,7)

Observou-se significância entre as variáveis jornada de trabalho diária e nível de atividade física com a intensidade da dor, com uma correlação positiva (TABELA 3); entretanto estas correlações são consideradas fracas, de acordo com a interpretação do *British Medical Journal* (BMJ) 2009, através do qual as seguintes interpretações podem ser adotadas para classificar a “força” da correlação entre as variáveis:

- 0,00 – 0,19: correlação ausente ou muito fraca.
- 0,20 – 0,39: correlação fraca.
- 0,40 – 0,59: correlação moderada.
- 0,60 – 0,79: correlação forte.
- 0,80 – 1,00: correlação muito forte.

TABELA 3: Correlação de variáveis com a intensidade dolorosa

Variáveis	Intensidade dolorosa	
	r_s^*	valor de p
Idade	-0,103	0,534
Escolaridade	-0,144	0,380
Número de Filhos	0,197	0,230
Tempo de formado	-0,203	0,216
Tempo que exerce a profissão	-0,074	0,652
Jornada diária	0,335	0,037
Número de turnos trabalhados	0,132	0,422
Nível de atividade física	0,380	0,017

* r_s = coeficiente de correlação de spearman

Verificando a correlação de variáveis sociodemográficas com domínios do SF-36, constata-se que houve uma correlação moderada segundo o BMJ (2009). Entretanto, observou-se que essa correlação foi inversamente proporcional entre a jornada diária de trabalho e os domínios, vitalidade e aspecto social do SF-36 (TABELA 4).

TABELA 4: Coeficiente de correlação de variáveis sociodemográficas com os domínios do SF-36.

Variáveis	CF	AF	Dor	EGS	Vita.	AS	AE	SM
Idade	0,047	0,237	0,196	-0,099	0,321*	0,212	0,023	0,312
Escolaridade	0,028	-0,047	0,052	-0,009	-0,030	-0,307	-0,294	0,065
Número de Filhos	-0,075	0,098	-0,086	-0,047	0,150	0,073	0,202	0,180
Tempo de formado	0,100	0,256	0,268	-0,026	0,372*	0,293	0,000	0,364*
Tempo que exerce a profissão	0,035	0,144	0,177	-0,116	0,328*	0,250	-0,012	0,344*
Jornada diária	-0,041	-0,081	-0,280	0,241	-0,328*	-0,430*	0,327	-0,220
Número de turnos trabalhados	-0,148	-0,030	-0,224	-0,051	-0,369*	-0,264	0,148	-0,202
Nível de atividade física	0,024	-0,135	-0,295	0,343*	-0,171	0,032	0,414*	-0,134

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; EGS : Estado Geral de Saúde; Vita: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental

Houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), entre os domínios limitação por aspectos físicos, dor, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, com os graus da sintomatologia dolorosa (TABELA 5).

TABELA 5: Média e desvio padrão dos oito domínios de qualidade de vida do SF-36 entre os desfechos de sintomatologia dolorosa.

Domínios do SF-36	Amostra total	Dor leve	Dor moderada	Dor severa	X ²	Valor de p
Capacidade funcional	76,0±28,3	71,7±49,5	81,2±21,2	73,2±10,6	2,34	0,505
Aspectos físicos	73,7±17,7	66,7±70,7	92,3±53,0	65,8±17,7	9,26	0,026*
Dor	60,5±8,5	67,7±14,8	73,2±21,2	48,8±8,5	10,73	0,013*
Estado geral de saúde	59,1±14,1	55,3±31,8	62,1±7,1	58,8±14,1	0,56	0,906
Vitalidade	56,2±31,8	63,3±21,2	64,6±17,7	49,7±17,7	5,27	0,153
Aspectos sociais	76,9±44,2	87,5±26,5	89,7±47,2	72,4±35,4	3,29	0,193
Aspectos emocionais	84,6±23,6	66,7±70,7	82,2±14,1	86,0±23,5	8,67	0,034*
Saúde mental	73,2±33,9	84,0±28,3	82,2±14,1	65,7±5,7	10,25	0,017*

Valor do X² obtido pelo teste de Kruskal-Wallis.

** valor de $p < 0,05$.

Houve significância na relação entre o nível de atividade física e os domínios, dor e estado geral de saúde do SF-36 (TABELA 6).

TABELA 6: Média e desvio padrão dos oito domínios de qualidade de vida do SF-36 de acordo com o nível de atividade física obtido pelo IPAQ.

Domínios do SF-36	Amostra total	Mais ativos (n=7)	Menos ativos (n=32)	Teste U	Valor de p
Capacidade funcional	76,0±28,3	76,6±17,5	73,6±27,8	108,0	0,442
Aspectos físicos	73,7±17,7	71,9±36,3	82,1±37,4	91,5	0,227
Dor	60,5±8,5	57,0±23,9	76,3±25,1	63,0	0,036*
Estado geral de saúde	59,1±14,1	61,2±14,6	49,1±11,5	54,5	0,018*
Vitalidade	56,2±31,8	54,1±20,3	65,7±16,2	83,5	0,148
Aspectos sociais	76,9±44,2	77,3±24,5	83,3±14,4	92,5	0,237
Aspectos emocionais	84,6±23,6	86,4±25,2	80,0±44,7	93,0	0,234
Saúde mental	73,2±33,9	72,0±18,3	78,9±10,8	89,5	0,442

* valor de $p < 0,05$.

Teste U: Teste de Mann-Whitney.

Menos ativos e mais ativos segundo classificação do IPAQ.

5 DISCUSSÃO

Em nossa pesquisa a maioria da amostra é de fisioterapeutas docentes do sexo feminino (87,2%) destes, 94,8% apresentam sintomas osteomusculares, o que corrobora com vários trabalhos da literatura. Mascarenhas e Miranda (2010), ao desenvolverem um estudo para identificar os sintomas osteomusculares em fisioterapeutas relacionados ao exercício da profissão, verificaram que dos 21 profissionais avaliados, 14 (66,67%) correspondiam ao sexo feminino.

Quanto à faixa etária, verificou-se que a maior prevalência em nosso estudo foi de profissionais entre 30-39 anos (33,3%), o que se opõe ao que foi afirmado por Romani (2001), que demonstrou como faixa etária predominante em seu estudo a de indivíduos com até 30 anos. Por outro lado, a grande maioria dos indivíduos que participaram do estudo de Silva e Santos (2010), tinha idade entre 25 a 35 anos (52,9%). Verificamos que a segunda faixa etária mais freqüente, correspondendo a 28,3% da amostra foi daqueles entre 50-59 anos, o que se contrapõe com Tedechi (2005), que ao avaliar os possíveis indicadores preventivos de desordens

musculoesqueléticas em fisioterapeutas percebeu que a idade média dos participantes era de 40,6 anos. Com base nos resultados obtidos através da realização dessa pesquisa, constatamos que a maioria dos indivíduos participantes encontra-se em faixa etária produtiva.

Neste mesmo estudo, Tedeschi (2005) afirmou que 85% dos fisioterapeutas já cursaram cursos de especialização, verificamos em nossa pesquisa que o número de professores mestres e doutores juntos, equivale a 59%, fato que se sobrepõe aos professores especialistas, que representa 41% do total.

Mascarenhas e Miranda (2010) verificaram que 71,43% dos fisioterapeutas apresentavam uma carga horária acima de 40 horas semanais. Tedeschi (2005) constatou que os 13 fisioterapeutas participantes de sua pesquisa, trabalhavam em média mais de 44 horas semanais. Tais dados confirmam os valores encontrados em nossa pesquisa, na qual 46,2% da amostra trabalha mais de 8 horas diárias, o que se contrapõe a Lei N° 8.856, de 1° de março de 1994, que dispõe sobre as 30 horas de carga horária semanais para este profissional, nos conduzindo a reflexões sobre a remuneração que o mesmo recebe, que provavelmente pode se mostrar insuficiente face à necessidade de aumento de carga trabalhada evidenciado tanto na literatura, como na atual pesquisa.

No tocante a queixa de sintomatologia dolorosa, 37 fisioterapeutas docentes (94,8%) relataram sentir dor. Estudos nacionais e internacionais que utilizaram o mesmo questionário do presente estudo - Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, confirmam a alta prevalência de dor em profissionais de diversas categorias, a exemplo do próprio fisioterapeuta, além de bancários, camareiras de hotéis, dentre outros. Em estudo desenvolvido por Romani (2001) com 128 fisioterapeutas atuantes na região sul do Brasil, detectou-se que 62,5% dos entrevistados relataram pelo menos um episódio de dor nos últimos doze meses e mais de 53% nos últimos sete dias. No trabalho de Picoloto e Silveira (2008) foi observado que 75,2% dos trabalhadores de uma indústria metalúrgica relataram algum tipo de sintoma osteomuscular nos últimos doze meses e 53,3% deles nos últimos sete dias.

A região mais acometida por algia nesta pesquisa foi a cervical (34,1%), seguida da região lombar (27,2%), este dado pode remeter a possibilidade de que

os fisioterapeutas do estudo por serem docentes acumulam atividades que exigem movimentos rápidos e repetitivos ou de manutenção de uma determinada postura por tempo prolongado, como o uso do computador, a elaboração de provas e a própria ação de ministrar aulas. Essa constatação é contraposta ao estudo desenvolvido por Carregaro et al. (2006), que evidenciaram a região da coluna lombar como a principal área corporal acometida nos profissionais avaliados, obtendo elevado índice de prevalência de dor (95%). No trabalho de Bork et al (1996), a maior prevalência de distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho também foi a região lombar, correspondendo a 45% do total.

Ao avaliarmos a correlação das variáveis sociodemográficas e nível de atividade física com a intensidade dolorosa, encontramos significância para jornada de trabalho e atividade física, pois quanto maior o nível de atividade física praticada pelo professor, maior a capacidade nociceptiva desse indivíduo. Esse dado se contrapõe ao estudo de Pinheiro et al. (2002) que ao apresentar as relações entre morbidade osteomuscular e variáveis demográficas, ocupacionais e relativas a hábitos, constatou que, as pessoas que praticavam exercícios físicos apresentaram sistematicamente níveis de severidade de sintomas menores do que aquelas que não os realizavam, as diferenças foram significativas para a região dos ombros ($p=0,02$), do antebraço ($p=0,03$) e das mãos ($p=0,005$). É possível perceber no nosso estudo que, quanto maior a jornada de trabalho do professor, mais intensa é a sua dor, fato que corrobora com os dados obtidos pela pesquisa de Pafaro e Martino (2004), na qual os enfermeiros estudados que pertenciam ao grupo com dupla jornada de trabalho, 20,83% apresentaram sintomas físicos, enquanto que para o grupo sem dupla jornada, apenas 11,11% apresentaram sintomas físicos.

Avaliando-se a correlação entre a variável jornada diária de trabalho e os domínios do SF-36, vitalidade e aspectos sociais, foi observado que há uma associação inversamente proporcional, de modo que, quanto maior a jornada de trabalho do fisioterapeuta docente, menor está sua vitalidade (-0,328) e seus aspectos sociais (-0,430). Em relação ao domínio vitalidade, o SF-36 busca avaliar não apenas a presença e o tempo de fadiga, como também a presença de vitalidade e energia (COSTA; DUARTE, 2002). Através da avaliação do domínio aspectos sociais, seus itens demonstram a integração da pessoa em atividades sociais, que

incluem tarefas de lazer e prazer, estando diretamente relacionado com o seu nível de qualidade de vida, o qual pode estar afetado ou não (BRITO et al, 2008).

De acordo com Spiller et al. (2008), ao analisar a qualidade de vida de profissionais da saúde, incluindo fisioterapeutas de um hospital universitário, verificou-se que 44,03% deles tinham jornada dupla ou tripla de trabalho. Essas informações são relevantes, pois a longa jornada de trabalho que os sujeitos dessa pesquisa mencionam interfere diretamente nas relações sociais dos indivíduos ocasionando problemas que poderão afetar a saúde e o estado psicológico do trabalhador, comprometendo sua qualidade de vida.

Considerando-se que os escores do SF-36, podem variar de zero a cem, porquanto o zero (0) corresponde a um pior estado de saúde e cem (100) a um melhor estado, o que possibilita a análise individual de cada dimensão (ROCHA; FERNANDES, 2008), os resultados de nosso estudo apontam que os domínios que obtiveram os piores escores foram: limitação por aspectos físicos (65,8), dor (48,8), limitação por aspectos emocionais (66,7) e saúde mental (65,7), os quais são diretamente influenciados pela intensidade da sintomatologia dolorosa.

Tal constatação pode ser confirmada, pelo fato de que, o fisioterapeuta docente acometido de dor severa tem suas atividades da vida diária (AVD's) comprometidas negativamente por seus aspectos físicos, uma vez que de acordo com Costa e Duarte (2002) o referido domínio, avalia a forma em que a limitação física do indivíduo, ou seja seus padrões de flexibilidade, força e resistência muscular, interferem na realização de suas tarefas cotidianas.

Outro domínio analisado foi a dor, especificamente a de intensidade severa, que por sua vez, afeta diretamente na execução das atividades dos professores como apresenta a tabela 5. Analisando a mesma tabela, um dado que chama a atenção diz respeito aos aspectos emocionais, que sofreu alteração naqueles docentes com intensidade de dor leve (66,7).

O domínio saúde mental obteve o pior escore entre os docentes que apresentaram dor severa (65,7), o que pode estar relacionado ao fato de que um indivíduo acometido por dor intensa, tem maior susceptibilidade a desenvolver depressão, ansiedade e estresse, que se traduz em um reduzido nível de qualidade de vida.

Toscano e Oliveira (2009) verificaram a qualidade de vida em idosos com diferentes níveis de atividade física e, detectaram que os melhores escores obtidos foram, em relação aos seguintes domínios: vitalidade, aspectos sociais e se contrapondo com o nosso estudo, os aspectos físicos e emocionais. Com relação ao domínio dor, estudo desenvolvido por Rocha; Fernandes (2008), para avaliar a qualidade de vida de professores do ensino fundamental, aponta o referido domínio como o segundo item mais prejudicado, com média de 53 pontos.

Ao comparar-se os oito domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 entre o grupo de professores mais ativos com os menos ativos, segundo o IPAQ, pode-se verificar que no domínio dor, o escore dos indivíduos mais ativos foi inferior ao dos menos ativos, demonstrando que os docentes que praticam mais atividades físicas sentem mais dor, tal dado se fez presente possivelmente pelo fato de que os indivíduos mais ativos, de acordo com o instrumento utilizado nessa pesquisa, realizam atividades físicas no trabalho, como meio de transporte e através de tarefas domésticas. Toscano e Oliveira (2009) compararam os domínios do mesmo questionário com os grupos de idosas mais e menos ativas e concluíram que, em todos eles, os resultados dos indivíduos mais ativos foram significativamente superiores.

6 CONCLUSÃO

A realização desse estudo permite concluir que a presença de queixas osteomusculares nas diversas regiões corporais entre os fisioterapeutas docentes, com predominância feminina, apresentou-se elevada, principalmente nos segmentos cervical e lombar da coluna vertebral. Entretanto, a presença desses sintomas não foi considerada fator limitante para a jornada de trabalho, de modo que esses sujeitos não reduziram sua carga de trabalho em decorrência da dor.

Ao avaliar o escore total do questionário de qualidade de vida SF-36 desses docentes, foi alcançado uma média geral de 70,02, constatando-se os domínios Vitalidade, Estado Geral de Saúde e Dor, como os mais comprometidos, nesta sequência.

Os resultados também indicaram que a elevada jornada de trabalho desses profissionais, que além de fisioterapeutas exercem a atividade da docência, afeta diretamente a sua vitalidade e os seus aspectos sociais, comprometendo negativamente sua qualidade de vida. Também concluímos que os domínios Aspectos Físicos, Dor e Saúde Mental do SF-36, foram comprometidos pela sintomatologia dolorosa de intensidade severa.

Por fim, evidenciamos que a dor ocorre nos indivíduos considerados mais ativos, muito embora a prática de atividade física realizada não seja voltada ao bem-estar físico e sim para a execução de trabalhos domésticos e de locomoção, de acordo com o IPAQ.

Diante disso, esse estudo é de fundamental relevância dentro da perspectiva de saúde do trabalhador, em particular ao profissional fisioterapeuta, que por si só já representa uma profissão de risco ao aparecimento de distúrbios osteomusculares, sobretudo àqueles que adicionalmente praticam a docência, em que podemos observar escassez de estudos literários que abordassem tal temática.

REFERÊNCIAS

BORK, B. E.; COOK T. M.; ENGELHART K. A. *et al.* Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists. **Physical Therapy**, v.8, n.76, p. 827-835, ago/1996.

BRAZ, M. M. **Aprendendo com o câncer de mama: percepções e emoções de pacientes e profissionais de fisioterapia** [Dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/aprendendo-com-c%C3%A2ncer-mama-percep%C3%A7%C3%B5es-emo%C3%A7%C3%B5es-pacientes-profissionais-fisioterapia/id/596415.html> Acesso em 30 de maio de 2012.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. **Statistics at Square One: correlation and regression**. Disponível em: <<http://bmj.bmjournals.com/collections/statsbk/11.dtl>>. Acesso em 20/05/2009.

BRITO, D. M. S. de.; ARAÚJO, T. L. de.; GALVÃO, M. T. G.; MOREIRA, T. M. M.; LOPES, M. V. de O. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4. Abr, 2008.

CARREGARO, R. L.; TRELHA, C. S.; MASTELARI, H. J. Z. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas: revisão da literatura. **FISIOTERAPIA E PESQUISA**, v. 13, n. 1, p. 53-9, 2006.

CARVALHO, A. J. F. P; ALEXANDRE, N. M. C. Sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental. **Rev. bras. Fisioter**, v. 10, n. 1, p. 35-41, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Decreto Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969. DOU nº.197 de 14/10/69 - retificado em 16-10-1969. **Leis e atos normativos das profissões do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional**. Brasília, 1969. p 3.658. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>>. Acesso em: 07/11/2011.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Lei Nº 8.856, de 1º de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeutas e Terapeuta Ocupacional. **Legislação/Leis e Decreto**. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=510&psecao=5>. Acesso em 14 de junho de 2012.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO - CREFITO 1. Disponível em: <<http://www.crefito1.org.br/fisioterapia.html>> Acesso em 30 de maio de 2012.

COSTA, A. M. da.; DUARTE. E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Rev. Bras. Ciên. e Mov**, v. 10, n. 1, p. 47-54. Janeiro, 2002.

CROMIE, J. E.; ROBERTSON, V. J.; BEST, M. O. Work-Related Musculoskeletal disorders on physical therapists: prevalence, severity, risks, and responses. **Physical Therapy**, v.80, n.4, p. 336-51, 2000.

D'ÁVILA, L. S.; SOUSA, G. A. F.; SAMPAIO, R. F. Prevalência de desordens musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho em fisioterapeutas da rede hospitalar SUS-BH. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, n. 2, p. 219-225, 2005.

DÁVILA, M. H. X.; CASAGRANDE, R. de J. T.; PEREIRA, V. C. G.; Qualidade de vida do trabalhador de uma instituição de ensino. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 1, n. 4 p. 110-126, 2008.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia Preventiva**. São Paulo: Manole, 2002.

dOL Dor on line. **Protocolo Kyoto da Sociedade Internacional para o Estudo da Dor – IASP – para terminologia básica de dor**. Disponível em: <<http://www.dol.inf.br/html/Repensando/TerminologiaIASP.htm>>. Acesso em 15 de junho de 2012.

DOUGLAS, C. R. **Tratado de Fisiologia em Fisioterapia**. 2ª ed. São Paulo: Tecmed, s/a.

FLECK, M. P. de A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; Chachamovich, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. de.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

GOMES, C. A. F. P. PEIXOTO, M. M. B.; ARAUJO, A. L. P.; FILHO, A. V. D.; PRADO, E. R. A.; GONZALEZ, D. A. B. Avaliação dos indicadores da qualidade de

vida, capacidade funcional e alterações osteomusculares em camareiras de hotéis da orla marítima de Maceió, Alagoas. **ConScientia Saúde**, v. 9, n. 3, p. 389-394, 2010.

HOLDER, N. L.; CLARK, H. A.; DIBLASIO, J. M.; HUGHES, C. L, et al. Cause, prevalence and response to occupational musculoskeletal injuries reported by physical therapist assistants. **Physical Therapy**, v.79, p. 642-52, 1999.

LANGOSKI, L. A. **Enfoque preventivo referente aos fatores de risco das lers/dorts o caso de cirurgiões dentistas** [Dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/6568537/Enfoque-Preventivo-Referente-Aos-Fatores-de-Risco-Das-Lers>> Acesso em 30 de maio de 2012.

LOZANO, A. H.; MORALES, M. A.; LORENZO, C. M.; SÁNCHEZ, A. C. Dolor y estrés en fisioterapia: algometría de presión. **Rev Iberoam Fisioter Kinesol**, v. 9, n. 1, p. 3-10, 2006.

MACIEL, A. C. C.; FERNANDES, M. B.; MEDEIROS, L. S. Prevalência e fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 9, n. 1, p. 94-102, 2006.

MASCARENHAS, C. H. M.; MIRANDA, P. S. Sintomas de distúrbios osteomusculares relacionados ao exercício da assistência fisioterapêutica. **Conscientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 476-485, 2010.

MASSARO, P. F.; DELIBERATO, P. C. P. Estudo da prevalência de dor musculoesquelética em fisioterapeutas da cidade de Mogi das Cruzes. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano III, n. 5. jul. / dez, 2005.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NAVES, E. F.; MELLO, R. H. P. de. **Distúrbios musculoesqueléticos em fisioterapeutas: uma revisão de literatura** [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. Disponível em: <<http://www.eeffto.ufmg.br/biblioteca/1574.pdf>> Acesso em 30 de maio de 2012.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p. 152-60, 2004.

PASCHOAL, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **ACTA PAUL ENFERM**, v. 20, n. 3, p. 305-10, 2007.

PICOLOTO, D.; SILVEIRA, E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas – RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 507-516, 2008.

PINHEIRO, D. F. **Doença osteomuscular relacionada ao trabalho: fator de interferência na qualidade de vida dos trabalhadores do SAMU 192/JP** [Monografia]. João Pessoa: Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ; 2008.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, B. T.; CARVALHO, C. V. Validação do questionário nórdico de sintomas osteomusculares como medida de morbidade. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 307-12, 2002.

ROCHA, V. M. da.; FERNANDES, M. H. Qualidade de vida de professores de ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 23-27, 2008.

ROMANI, J. C. P. **Distúrbios músculo esqueléticos em fisioterapeutas: incidência, causas e alterações na rotina de trabalho** [Dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

SILVA, P. L. A. **Percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta** [Dissertação de mestrado]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2006. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/10/TDE-2007-01-16T093108Z-280/Publico/Patricia%20Leite%20Alvares%20Silva%20.pdf> Acesso em 27 de maio de 2012.

SILVA, P. da.; SANTOS, A. P. dos. Sintomas osteomusculares em docentes do ensino superior da faculdade de fisioterapia [Monografia]. Santos: Faculdade de Fisioterapia da Universidade Santa Cecília; 2010. Disponível em : <<http://ergopro.com.br/artigos/TCC%201.pdf>> Acesso em 27 de maio de 2012.

SPILLER, A. P. M.; DYNIEWICZ, A. M.; SLOMP, M. G. F. S. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 1, p. 88-95, 2008.

TEDESCHI, M. A. **Indicadores para a gestão de distúrbios músculo-esqueléticos em fisioterapeutas** [Tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005. Disponível em: <<http://fatorhumano.ufsc.br/files/2010/12/MARCOS-ANTONIO-TEDESCHI.pdf>> Acesso em 30 de maio de 2012.

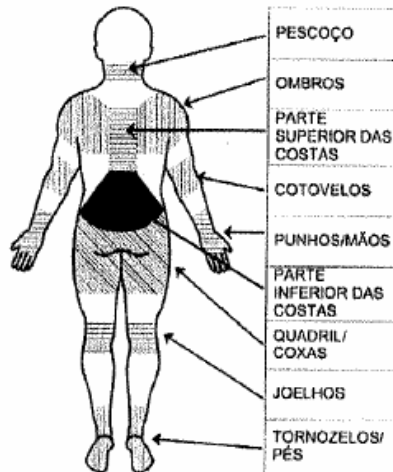
TRELHA, C. S.; GUTIERREZ, P. R.; MATSUO, T. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em fisioterapeutas da cidade de Londrina. **Revista Fisioterapia Universidade de São Paulo**, v. 11, n. 1, 2004.

TOSCANO, J. J. de E.; OLIVEIRA, A. C. C. de. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Rev Bras Med Esporte**, v. 15, n. 3. Mai/Jun, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO NÓRDICO DE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES

Com base na figura humana ilustrada, você deverá registrar suas respostas nas alternativas que se seguem. Por favor, responda todas elas, mesmo que você não tenha tido nenhum tipo de problema em seu corpo.



Você apresentou nos últimos doze meses algum sintoma como dor, sofrimento, desconforto ou dormência?	Nos últimos sete dias você apresentou algum desses sintomas?	Nestes últimos doze meses você deixou de fazer atividades normais diárias como: trabalho, atividades domésticas ou lazer por causa dos sintomas?
1- Pescoço Não Sim 1() 2()	2- Pescoço Não Sim 1() 2()	3- Pescoço Não Sim 1() 2()
4- Ombro Não Sim 1() 2() direito 3() esquerdo 4() ambos	5- Ombro Não Sim 1() 2() direito 3() esquerdo 4() ambos	6- Ombro Não Sim 1() 2() direito 3() esquerdo 4() ambos
7- Cotovelo Não Sim 1() 2() direito 3() esquerdo 4() ambos	8- Cotovelo Não Sim 1() 2() direito 3() esquerdo 4() ambos	9- Cotovelo Não Sim 1() 2() direito 3() esquerdo 4() ambos
10- Punho/mão Não Sim 1() 2() direito 3() esquerdo 4() ambos	11- Punho/mão Não Sim 1() 2() direito 3() esquerdo 4() ambos	12- Punho/mão Não Sim 1() 2() direito 3() esquerdo 4() ambos
13- Coluna alta Não Sim 1() 2()	14- Coluna alta Não Sim 1() 2()	15- Coluna alta Não Sim 1() 2()
16- Coluna baixa Não Sim 1() 2()	17- Coluna baixa Não Sim 1() 2()	18- Coluna baixa Não Sim 1() 2()
19- Um ou ambos quadris/coxa/nádegas Não Sim 1() 2()	20- Um ou ambos quadris/coxa/nádegas Não Sim 1() 2()	21- Um ou ambos quadris/coxa/nádegas Não Sim 1() 2()
22- Um ou ambos joelhos Não Sim 1() 2()	23- Um ou ambos joelhos Não Sim 1() 2()	24- Um ou ambos joelhos Não Sim 1() 2()
25- Um ou ambos tornozelos/pés Não Sim 1() 2()	26- Um ou ambos tornozelos/pés Não Sim 1() 2()	27- Um ou ambos tornozelos/pés Não Sim 1() 2()

ANEXO 2- Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

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

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

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

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
--	-----	-----

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

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

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

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

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

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

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

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

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

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de	1	2	3	4	5	6

força?						
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

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

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das	Não sei	A maioria	Definitivamente
--	----------------------------	---------------	---------	-----------	-----------------

		vezes verdadeir o		das vezes falso	falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 3- IPAQ

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA
Versão 8 (forma longa, semana usual)

Nome: _____ Data: ___/___/___ Idade: ___ anos



Orientações do Entrevistador

Nesta entrevista estou interessado em saber que tipo de atividades físicas o(a) senhor(a) faz em uma semana normal (típica). Suas respostas ajudarão a entender quanto ativos são as pessoas de sua idade.

As perguntas que irei fazer estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividades físicas no trabalho, em casa (no lar), nos deslocamentos à pé ou de bicicleta e no seu tempo de lazer (esportes, exercícios, etc.).

Portanto, considere como **atividades físicas** todo movimento corporal que envolve algum esforço físico. Lembre que as atividades VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem o(a) senhor(a) respirar MUITO mais forte que o normal. As atividades físicas MODERADAS são aquelas que exigem algum esforço físico e que fazem o(a) senhor(a) respirar um pouco mais forte que o normal.

SEÇÃO 1 - ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu trabalho, seja ele remunerado ou voluntário. Inclua as atividades que você faz na universidade, faculdade ou escola. Você não deve incluir as tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1 a. Atualmente você tem ocupação remunerada ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

SIM

NÃO

→ Vá para seção 2 - Transporte



Orientações do Entrevistador

- ▶ As próximas questões são em relação ao tempo que você passa no trabalho (fora de casa) seja ele remunerado ou voluntário.
- ▶ Por favor, NÃO INCLUA o transporte para o trabalho.
- ▶ Pense apenas naquelas atividades que durem por pelo menos 10 minutos contínuos.

1 b. Em quantos dias de uma semana normal você participa (realiza) atividades físicas vigorosas, de forma contínua por pelo menos 10 minutos (exemplo: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, etc.)?

DIAS por semana

Não faz AF vigorosas

→ Vá para questão 1c

Tempo em cada dia?

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

1 c. Em quantos dias de uma semana normal você participa (realiza) atividades físicas MODERADAS, de forma contínua por pelo menos 10 minutos (exemplo: levantar e transportar pequenos objetos, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, lavar roupas com as mãos, etc.)?

DIAS por semana


Não faz AF moderadas

→ Vá para questão 1d

Tempo em cada dia?

DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tempo							

- 1d. Em quantos dias de uma semana normal você realiza caminhadas no seu trabalho, de forma contínua por pelo menos 10 minutos?


Orientações do Entrevistador		 Lembre que você não deve incluir a caminhada que você realiza para ir para o trabalho ou para voltar para casa, após o trabalho.						
Tempo em cada dia?	<input type="checkbox"/> DIAS por semana	<input type="checkbox"/> Não faz caminhadas → Vá para seção 2 - Transporte						
	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

As perguntas desta seção estão relacionadas às atividades que você realiza para se deslocar de um lugar para outro. Você deve incluir os deslocamentos para o trabalho (se você trabalha), encontro do grupo de terceira idade, cinema, supermercado, lojas ou qualquer outro local.

- 2a. Em quantos dias de uma semana normal você anda de carro, ônibus, metrô ou trem?

Tempo em cada dia?	<input type="checkbox"/> DIAS por semana	<input type="checkbox"/> Não utiliza veículos a motor → Vá para a questão 2b						
	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

Orientações do Entrevistador  Agora pense somente em relação aos deslocamentos que você realiza à pé ou de bicicleta para ir de um lugar para outro! Não inclua as atividades que você faz por diversão ou exercício.

- 2b. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta, por pelo menos 10 minutos contínuos, para ir de um lugar para outro, ?

Tempo em cada dia?	<input type="checkbox"/> DIAS por semana	<input type="checkbox"/> Não anda de bicicleta → Vá para a questão 2c						
	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

- 2c. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos, para ir de um lugar para outro?

Tempo em cada dia?	<input type="checkbox"/> DIAS por semana	<input type="checkbox"/> Não faz caminhadas → Vá para a Seção 3						
	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

SEÇÃO 3 - ATIVIDADE FÍSICA EM CASA, TAREFAS DOMÉSTICAS E ATENÇÃO À FAMÍLIA



As perguntas desta seção estão relacionadas às atividades que o(a) senhor(a) realiza na sua casa e ao redor da sua casa. Nestas atividades estão incluídas as tarefas no jardim ou quintal, manutenção da casa e aquelas que você faz para tomar conta da sua família.

- 3a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas vigorosas no jardim ou quintal, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: carpir, cortar lenha, serrar, pintar, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama com tesoura, etc.).

Tempo em cada dia?	<input type="checkbox"/> DIAS por semana	<input type="checkbox"/> Não faz AF vigorosas em casa → Vá para questão 3b						
	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

- 3b. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas moderadas no jardim ou quintal, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: levantar e carregar pequenos objetos, limpar a garagem, jardinagem, caminhar ou brincar com crianças, etc.).

DIAS por semana Não faz AF moderadas no quintal → *Vá para questão 3c*

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

- 3c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas moderadas dentro da sua casa, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: , limpar vidros ou janelas, lavar roupas à mão, limpar banheiro, esfregar o chão, carregar crianças pequenas no colo, etc).

DIAS por semana Não faz AF moderadas em casa → *Vá para a seção 4*

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

SEÇÃO 4 - ATIVIDADE FÍSICA DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E LAZER



As perguntas desta seção estão relacionadas às atividades que o(a) senhor(a) realiza em uma semana normal (habitual) unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Pense somente nas atividades físicas que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos. Por favor NÃO inclua atividades que você já tenha citado nas seções

- 4a. No seu tempo livre, sem incluir qualquer caminhada que você já tenha citado nas perguntas anteriores, em quantos dias de uma semana normal você caminha, por pelo menos 10 minutos contínuos?

DIAS por semana Não faz caminhadas no lazer → *Vá para questão 4b*

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

- 4b. No seu tempo livre, durante uma semana normal em quantos dias você participa de atividades físicas vigorosas, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: correr, nadar rápido, pedalar rápido, canoagem, remo, musculação, esportes em geral, etc).

DIAS por semana Não faz AF vigorosas no lazer → *Vá para questão 4c*

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

- 4c. No seu tempo livre, durante uma semana normal em quantos dias você participa de atividades físicas moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: pedalar em ritmo moderado, voleibol recreativo, natação, hidroginástica, ginástica e dança, etc).

DIAS por semana Não faz AF moderadas no lazer → *Vá para Seção 5*

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

SEÇÃO 5 - TEMPO QUE VOCÊ PASSA SENTADO



Esta é a última pergunta. Preciso saber quanto tempo em média o(a) senhor(a) passa sentado em cada dia da semana. Inclua todo o tempo que você passa sentado em casa, no trabalho, lendo, assistindo TV, visitando amigos, sentado no ônibus, etc.

Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	Tempo							

ANEXO 4 - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa — QUALIDADE DE VIDA E SINTOMATOLOGIA DOLOROSA MÚSCULO-ESQUELÉTICA ENTRE FISIOTERAPEUTAS DOCENTES DE IES DE CAMPINA GRANDE/PB. O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado (a) pela pesquisadora, de que:

1. Seu objetivo é identificar a presença de queixas dolorosas musculoesqueléticas entre fisioterapeutas docentes de IES de Campina Grande/PB e sua percepção sobre qualidade de vida;
2. Os dados serão coletados através de quatro questionários (Questionário Sócio-Demográfico, Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida- SF-36 e o IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física), não oferecendo nenhum tipo de risco no processo de coleta dos dados.;
3. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização;
4. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais;
5. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários desta pesquisa e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ao voluntário e, portanto, não há necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável;
6. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (83) 8812-2855.
7. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse;

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Participante

Pesquisador

ANEXO 5 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB

CNPJ: 12.671.814/0001-37

Rua: Baraúnas, 351 – Bairro: Bodocongó

CEP: 58429-500

Campina Grande – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Qualidade de Vida e Sintomatologia Dolorosa Musculoesquelética entre Fisioterapeutas Docentes de IES de Campina Grande/PB” desenvolvido pela aluna Samyta Xavier Leandro do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Alecsandra Ferreira Tomaz.

Campina Grande, ____ de novembro de 2011

Chefe de departamento

ANEXO 6 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



UNIÃO DE ENSINO SUPERIOR DE CAMPINA GRANDE

CNPJ: 03.890.380/0001-75

Rua: Joaquim José do Vale, 670 – Bairro: Alto Branco

CEP: **58402-050**

Campina Grande – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Qualidade de Vida e Sintomatologia Dolorosa Musculoesquelética entre Fisioterapeutas Docentes de IES de Campina Grande/PB” desenvolvido pela aluna Samyta Xavier Leandro do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Alecsandra Ferreira Tomaz.

Campina Grande, ____ de novembro de 2011

Coordenador (a) Fisioterapia

ANEXO 7 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

INSTITUTO CAMPINENSE DE ENSINO SUPERIOR LTDA

CNPJ: 05.933.016/0001-70

Rua: Antônio Carvalho de Souza, 295 – Bairro: Estação Velha

CEP: 58410-050

Campina Grande – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Qualidade de Vida e Sintomatologia Dolorosa Musculoesquelética entre Fisioterapeutas Docentes de IES de Campina Grande/PB” desenvolvido pela aluna Samyta Xavier Leandro do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Alecsandra Ferreira Tomaz.

Campina Grande, ____ de novembro de 2011

Coordenador (a) Fisioterapia

ANEXO 8- TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMATOLOGIA DOLOROSA MUSCULOESQUELÉTICA ENTRE FISIOTERAPEUTAS DOCENTES DE IES DE CAMPINA GRANDE/PB**”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001 de 10/10/2001. Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UEPB (Conselho Central de Ética em Pesquisa/ Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas na presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Autor(a) da Pesquisa

Orientando(a)

ANEXO 9 – Parecer do Comitê de Ética



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP - UEPB

PROJETO: CAAE N ° 0755 .0.133.000-11,

PARECER

APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO:QUALIDADE DE VIDA E SINTOMATOLOGIA DOLOROSA MUSCULOESQUELÉTICA ENTRE FISIOTERAPEUTAS DOCENTES DE IES DE CAMPINA GRANDE-PB

PESQUISADOR:ALECSANDRA FERREIRA TOMAZ

PARECER: Considerando a relevância do estudo aliado às exigências protocolo do CEP/UEPB baseado na Res. N° 196/96 do CNS/MS o presente estudo está suficientemente embasado nos critérios exigidos. Apresento Parecer Aprovado.

Campina Grande, 08 de março de 2012.

PARECERISTA 03

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Identificação - número (será preenchido pela pesquisadora): _____

2. Sexo: () Feminino () Masculino

3. Idade: _____ anos

4. Você é destro ou sinistro? _____

5. Estado civil: () Solteiro () Casado/União estável

6. Filhos: () Não () Sim Quantos? _____

7. Escolaridade

() Superior completo () Mestrado () Doutorado

8. Há quanto tempo formou-se? _____

9. Em que ano/semestre se formou? _____

10. Há quantos anos exerce essa mesma profissão? _____ anos

11. Qual a sua jornada de trabalho diária?

12. Qual seu turno de trabalho?

() Pela manhã () Pela tarde () Pela noite () Mais de um turno, quais?

13. Trabalho extra?

() Não () Sim Qual: _____

Quantas horas/dia? _____

APÊNDICE B - ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA

Caso você tenha sentido dor, escreva o local onde essa dor foi mais intensa:



ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA

- () 0 () 6
- () 1 () 7
- () 2 () 8
- () 3 () 9
- () 4 () 10
- () 5