



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

JORGE AUGUSTO BECK FILHO

**SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, DEPRESSIVOS E
INATIVIDADE FÍSICA EM TRABALHADORES TÉCNICO-
ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO
NORDESTE DO BRASIL**

SALVADOR

2022



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

JORGE AUGUSTO BECK FILHO

**SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, DEPRESSIVOS E
INATIVIDADE FÍSICA EM TRABALHADORES TÉCNICO-
ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO
NORDESTE DO BRASIL**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Maria Fernandes Pitta

Coorientadora: Prof^a Dra. Helena Fraga Maia

SALVADOR

2022

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

B393 Beck Filho, Jorge Augusto

Sintomas musculoesqueléticos, depressivos e inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma Universidade Pública do Nordeste do Brasil/ Jorge Augusto Beck Filho. ___ Salvador, 2022.
153 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

Coorientadora: Profa. Dra. Helena Fraga Maia.

Tese (Doutorado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Trabalhadores técnico-administrativos 2. Sintomas musculoesqueléticos
3. Sintomas depressivos 4. Inatividade física. I. Pitta, Ana Maria Fernandes –
Orientadora II. Maia, Helena Fraga – Coorientadora III. Universidade Católica
do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação IV. Título.

CDU 616-07:796

TERMO DE APROVAÇÃO

JORGE AUGUSTO BECK FILHO

**“SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, DEPRESSIVOS
E INATIVIDADE FÍSICA EM TRABALHADORES TÉCNICO-
ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA
DO NORDESTE DO BRASIL”**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 18 de março de 2022.

Banca Examinadora:



Prof.(a). Dr.(a). Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL (orientadora)



Prof.(a) Dr.(a) Helena Fraga Maia – UNEB (coorientadora)



Prof.(a) Dr.(a) Maria de Fátima Pessôa Lepikson – UCSAL



Prof.(a) Dr.(a) Juliana Martins Pinto – UFTM



Prof.(a) Dr.(a) Jorge Lopes Cavalcante Neto – UNEB

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus por iluminar os meus caminhos, apaziguar as minhas angústias, não me deixando desistir, apesar dos percalços inerentes à existência humana.

À minha mãe, Gisélia Beck (in memorian), o meu mais puro e eterno amor, com a certeza de que cada oração, cada sorriso, cada lágrima que derramou por mim foi acolhida por um anjo.

À Profa. Ana Maria Fernandes Pitta, pela orientação, por todos ensinamentos, consideração, paciência e acolhimento nos momentos mais difíceis dessa jornada, e claro, pelos momentos de muito divertimento.

À Profa. Helena Fraga-Maia, pela orientação generosa e desmedida, pelas conversas sempre elucidativas e positivas, e, principalmente, pelos momentos de descontração. Obrigado pela paciência e confiança em meu trabalho, por me ensinar a “caminhar com as próprias pernas” e, assim, favorecer o meu amadurecimento pessoal e profissional.

À Profa. Luciara Leite Brito, por ter me norteado, com todo o seu conhecimento e competência, a encontrar o caminho precioso e definitivo para a elaboração desse trabalho.

Aos Profs. Fátima Lepikson, Juliana Martins e Jorge Cavalcante Neto, pelas valiosas e assertivas contribuições.

Aos pesquisadores do Estudo COSTTA, Dra. Maria Teresita Bendicho, Dra. Bárbara Pompeu, Dra. Camila Bonfim, Me. Italuã Martins, aos alunos da iniciação científica, bem como aos profissionais da Diagnostlabora pelo apoio em toda caminhada.

Ao Prof. José Bites de Carvalho, Prof. Marcelo Ávila, Sra. Lilian Encarnação e demais amigos da Reitoria e Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – PGDP/UNEB, por acreditarem no nosso trabalho, na certeza de que juntos podemos fortalecer os cuidados inerentes à saúde física e mental dos servidores da nossa instituição.

Aos servidores técnico-administrativos da Universidade do Estado da Bahia - UNEB e, em especial, aos sujeitos que participaram da nossa pesquisa e auxiliaram na composição deste trabalho.

Aos meus queridos amigos(as) Rose Alcântara, Adriano Rodrigues, Tereza Maia, Ana Paula Paes Leme, José e Mércia Cardoso Batista, Patrícia Cunha, Jaciara Nunes e Creuza Santana pelo companheirismo, lealdade, e, principalmente, por nunca me deixarem esquecer o quanto sou forte e amado.

A todos, a minha ETERNA GRATIDÃO!!!!

À Gisélia Beck (in memorian), o grande amor da minha vida, pelo encontro de almas entre mãe e filho.

À minha amiga e irmã, Helena Fraga Maia, pela confiança e por caminhar ao meu lado, semeando conhecimentos e experiências inesquecíveis, com a sua inteligência e energia contagiantes. Sem suas intervenções assertivas, seria impossível a conclusão desta pesquisa.

Não posso imaginar que uma vida sem trabalho seja capaz de trazer qualquer espécie de conforto. A imaginação criadora e o trabalho, para mim, andam de mãos dadas; não retiro prazer de nenhuma outra coisa. Esta seria uma receita para a felicidade, se não fosse à ideia terrível de que a produtividade da gente depende inteiramente de nosso modo de sentir. Que há de ser da gente, quando os pensamentos cessarem de aparecer e as palavras adequadas não se apresentarem? Não se pode deixar de tremer diante de tal possibilidade. É por isso que, embora me submetendo ao destino como um homem honesto, não deixo de fazer secretamente a minha oração: acima de tudo, que não surja nenhuma doença ou qualquer miséria física que me paralise as faculdades da criação. Como dizia o rei Macabeth: “Morreremos com as armaduras nos ombros”.

Sigmund Freud

SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, DEPRESSIVOS E INATIVIDADE FÍSICA EM TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO NORDESTE DO BRASIL

Resumo

Esta tese apresenta os resultados da investigação sobre as condições de saúde dos trabalhadores técnico-administrativo de uma universidade pública no Nordeste do Brasil. Inicialmente, estimaram-se os fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos entre os trabalhadores, sendo os resultados de natureza analítica acerca das características sociodemográficas, ocupacionais, clínicas e relativas a hábitos de vida dos técnico-administrativos de Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Esta abordagem permite auxiliar a identificação dos grupos mais vulneráveis aos sintomas musculoesqueléticos, aumentando, sobremaneira, as possibilidades de ações de planejamento e prevenção. Em função da magnitude dos agravos musculoesqueléticos em trabalhadores de atividades sedentárias, investigou-se a associação entre sintomas musculoesqueléticos e a inatividade física entre a população alvo e constataram-se, como principais fatores associados à idade, a cor da pele e injusta divisão de tarefas. Em virtude dos técnico-administrativos se constituírem em população vulnerável à ocorrência de sintomas depressivos, por desempenharem atividades burocráticas que exigem grandes responsabilidades, além do estresse e pressão excessiva para o cumprimento das suas tarefas, principalmente, quando propensos à manutenção de hábitos comportamentais inadequados como à inatividade física, investigou-se a associação entre sintomas depressivos e a inatividade física. Observou-se uma associação positiva e significativa com o tempo de trabalho na instituição ≤ 15 anos e estar lotado na administração central. Tais resultados reforçaram a necessidade de se observar a capacidade laboral e às condições de trabalho estabelecidas, objetivando a manutenção do trabalhador saudável, prevenindo o envelhecimento precoce e a limitações para a realização das atividades ao longo dos anos. Os resultados desta tese evidenciaram, também, a necessidade de uma maior atenção a estrutura de trabalho por parte dos gestores da universidade, bem como de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar, intersetorial, apta a tratar e agir preventivamente para redução de danos e das questões relativas ao sofrimento e manifestações físico-psicopatológicas dos seus servidores, através de adaptações na gestão organizacional e da criação de programas eficazes de incentivo aos potenciais benefícios para a saúde e bem-estar proporcionados pela realização de atividades físicas no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Trabalhadores técnico-administrativos; Sintomas musculoesqueléticos; Sintomas depressivos; Inatividade física.

MUSCULOSKELETAL SYMPTOMS AND PHYSICAL INACTIVITY IN TECHNICAL-ADMINISTRATIVE WORKERS OF A PUBLIC UNIVERSITY IN NORTHEASTERN BRAZIL

Abstract

This thesis presents the results of an investigation into the health conditions of technical-administrative workers at a public university in Northeastern Brazil. Initially, the factors associated with musculoskeletal symptoms among workers were estimated, and the results were descriptive in terms of sociodemographic, occupational, clinical and lifestyle habits of administrative technicians at the University of the State of Bahia (UNEB). This approach helps to identify the groups most vulnerable to musculoskeletal symptoms, greatly increasing the possibilities of planning and prevention actions. Due to the magnitude of musculoskeletal disorders in workers engaged in sedentary activities, the association between musculoskeletal symptoms and physical inactivity was investigated among the target population and found to be the main factors associated with age, skin color and the unfair division of tasks. Because the technical-administrative people are vulnerable to the occurrence of depressive symptoms, because they perform bureaucratic activities that require great responsibilities, in addition to stress and excessive pressure to fulfill their tasks, especially when they tend to maintain inappropriate behavioral habits such as physical inactivity, the association between depressive symptoms and physical inactivity was investigated. There was a positive and significant association with working time at the institution ≤ 15 years and being assigned to the central administration. These results reinforce the need to observe the work capacity and established working conditions, aiming to keep the worker healthy, preventing premature aging and limitations in carrying out activities over the years. The results of this thesis also show the need for greater attention to the work structure by university managers, as well as a multidisciplinary, interdisciplinary, intersectoral action, able to treat and act preventively to reduce issues related to suffering and manifestations. Physical-psychopathological aspects of its employees, through adaptations in organizational management and the creation of effective programs to encourage the potential benefits for health and well-being provided by the performance of physical activities in the work environment.

Descriptors: Technical-administrative workers; Musculoskeletal symptoms; Depressive symptoms; Physical inactivity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Artigo I: Fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública no Nordeste do Brasil.

Figura 1. Modelo hierarquizado dos fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos os em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 58

Figura 2. Sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública no Estado da Bahia nos últimos 12 meses de acordo, com o Instrumento Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos, Salvador, Bahia, 2018-2019.

Pg. 59

LISTA DE TABELAS

Artigo I: Fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública no Nordeste do Brasil

Tabela 1. Características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia, de acordo com os sintomas musculoesqueléticos, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 60

Tabela 2. Características clínicas e relativas a hábitos de vida de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia, de acordo com os sintomas musculoesqueléticos, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 61

Tabela 3. Modelo de regressão multivariada dos fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 62

Artigo II: Associação entre sintomas musculoesqueléticos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública no Nordeste do Brasil

Tabela 1. Características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública no Estado da Bahia, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 82

Tabela 2. Características clínicas e relativas a hábitos de vida de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 83

Tabela 3. Associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física de acordo com variáveis sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 84

Tabela 4. Associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física de acordo com variáveis hábitos de vida e clínicas de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 86

Tabela 5. Associação entre inatividade física e distúrbios musculoesqueléticos entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 87

Artigo III: Associação entre sintomas depressivos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil

Tabela 1. Características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 105

Tabela 2. Características relativas a hábitos de vida e clínicas de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 106

Tabela 3. Associação entre sintomas depressivos e inatividade física de acordo com variáveis sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 107

Tabela 4. Associação entre sintomas depressivos e inatividade física de acordo com variáveis hábitos de vida e clínicas de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 109

Tabela 5. Modelos finais da análise entre sintomas depressivos e inatividade física de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Pg. 110

LISTA DE SIGLAS

AF	- Atividade física
AUDIT	- Alcohol Use Disorders Identification Test
BN	- Bulimia Nervosa
CEREST	- Centros de Referência em Saúde do trabalhador
CF	- Constituição Federal
CISTT/CNS	- Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DAC	- Doença Arterial Coronariana
DCNT	- Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	- Diabetes Mellitus
DORT	- Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DSM	- American Classification for Mental Disorders
EACT	- Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IES	- Instituições de Ensino Superior
IMC	- Índice de massa corporal
IPAQ	- International Physical Activity Questionnaire
LER	- Lesões por Esforços Repetitivos
MAPA	- Medida Ambulatorial de Pressão Arterial
MPOG	- Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
MS	- Ministério da Saúde
NMQ	- Nordic Musculoskeletal Questionnaire
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PA	- Pressão arterial
PAD	- Pressão arterial diastólica
ParticipaSUS	- Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa
PAS	- Pressão arterial sistólica
PHQ-9	- Patient Health Questionnaire-9
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PnaPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PNEPSUS	- Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPIC	- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNS	- Pesquisa Nacional de Saúde
PNSST	- Política Nacional de Promoção de Saúde, Política de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNVS	- Política Nacional de Vigilância em Saúde
PRIME-MD	- Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PSTT-BA	- Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia
RENAST	- Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
SAEB	- Secretaria da Administração do Estado da Bahia
SD	- Sintomas Depressivos

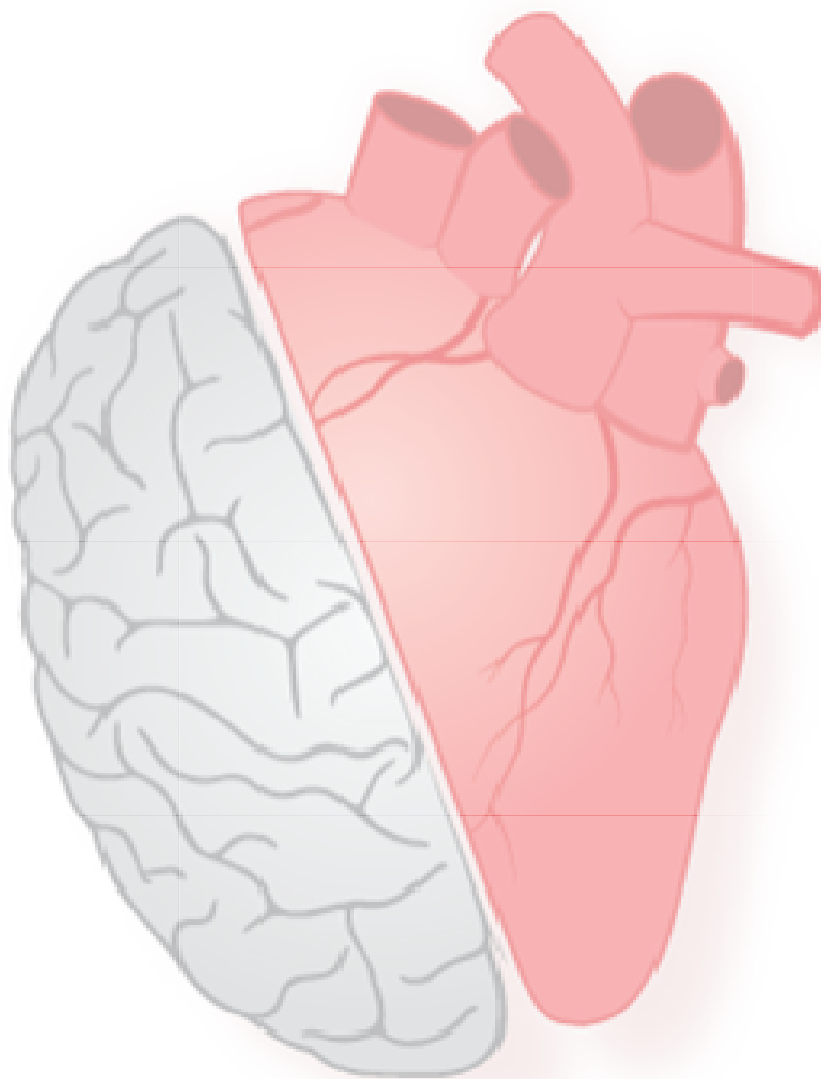
- SME** - Sintomas musculoesqueléticos
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCAP** - Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
- TMC** - Transtornos mentais comuns
- UNEB** - Universidade do Estado da Bahia
- VIGITEL** - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

Apresentação da tese.....	1
Referencial teórico	5
Justificativa.....	33
Objetivos	34
Material e Métodos	35
Resultados.....	40
Artigo I.....	41
Resumo.....	42
Abstract	43
Introdução.....	44
Material e Métodos.....	45
Resultados	49
Discussão.....	50
Conclusões	54
Referências	55
Artigo II	63
Resumo.....	64
Abstract	65
Introdução.....	66
Material e Métodos.....	67
Resultados	71
Discussão.....	72
Conclusões	76
Referências	78
Artigo III.....	88
Resumo.....	89

Abstract	90
Introdução.....	91
Material e Métodos.....	92
Resultados	96
Discussão.....	97
Conclusões	100
Referências	102
Considerações finais	111
Referências da tese	113
Anexos	127
Apêndices	131

SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, DEPRESSIVOS E INATIVIDADE FÍSICA EM TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO NORDESTE DO BRASIL



APRESENTAÇÃO DA TESE

Com o advento da Revolução Industrial, o trabalho tornou-se mais central na vida do homem e sua importância crucial para as condições de saúde e doença do trabalhador. Nesse sentido, a expansão do modelo capitalista, a partir da segunda metade do século XX, implicou um aumento progressivo do tempo e da dedicação ininterrupta ao trabalho e ao emprego, com consequências negativas sobre a saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

É inegável que, no curso da história, o trabalho, de uma forma geral, alcançou grandes benefícios: a jornada de trabalho diminuiu, as condições de trabalho melhoraram, o ser humano ganhou centralidade. Entretanto, com as inovações tecnológicas e as intensas transformações do mundo globalizado, também, surgiram algumas mudanças inerentes ao modo de execução das atividades laborais, como maior número de tarefas a serem executadas no mesmo espaço de tempo e ambiente de trabalho mais individualizado, em virtude da diminuição dos contatos humanos, assim como as exigências físicas e psicológicas que geram implicações negativas sobre a saúde do trabalhador.

Nesse cenário, os trabalhadores que são fisicamente inativos e que desempenham atividades burocráticas que exigem grandes responsabilidades e um elevado nível de concentração, além do estresse e da pressão excessiva para o cumprimento das suas tarefas, tornam-se vulneráveis à ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre estas, os distúrbios musculoesqueléticos e a depressão podem ser decorrentes de hábitos comportamentais inadequados, como a inatividade física. Outros fatores, como a realização de tarefas repetitivas e monótonas, mobiliário e equipamentos inapropriados, precarização do ambiente físico laboral, dificuldade de relacionamentos interpessoais, assim como os fatores psicológicos e emocionais relacionados à insatisfação com a função exercida, podem, também, justificar o desencadeamento de patologias e riscos psicossociais.

Neste contexto, respalda-se o fundamento desta tese, que advoga chamando a atenção para o fato de que, a prática da atividade física, independentemente do tempo e da intensidade realizados, associa-se, fortemente, à redução de sintomas musculoesqueléticos e depressivos na população analisada. Apesar das robustas evidências científicas relacionadas à prevenção de doenças crônicas, como as condições cardiovasculares, a prática de 150 a 300 minutos semanais de atividade física promove redução dos níveis de colesterol total e frações, glicêmicos, aumento da demanda metabólica e do aporte de oxigênio (WHO, 2018; HARVEY et al., 2018; KANDOLA et al., 2019; SOUZA et al., 2019). Assim, as recomendações universais reiteram a necessidade de realizar atividades regulares de intensidade moderada ou vigorosa equivalentes. Todavia, os resultados do presente estudo já são corroborados por

pesquisadores que enfatizam, dizendo que, a sua realização por, pelo menos 10 minutos diários pode impactar, positivamente, na diminuição do sofrimento físico e psíquico, pelas repercussões sobre o ganho de confiança, a interação social e a conscientização para a adoção de um modo de vida mais saudável, portanto, na promoção de bem-estar e qualidade de vida (KANDOLA et al., 2020; MÉNDEZ-GIMÉNEZ et al, 2021). Vale ressaltar que tal conhecimento tem grande relevância para a saúde pública, tendo em vista a alta prevalência de inatividade física na população em geral. Reduzir as expectativas quanto ao tempo e intensidade da atividade física dadas às condições de vida de seus pacientes podem ser considerados pelos profissionais de saúde, tendo em vista os potenciais benefícios apontados que superam a inatividade física.

Essa tese encontra-se organizada em três artigos. O primeiro, intitulado **“Fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil”**, traz os resultados acerca das características sociodemográficas, ocupacionais, clínicas e relativas a hábitos de vida de trabalhadores técnico-administrativos da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Esta abordagem permite auxiliar na identificação dos grupos mais vulneráveis aos sintomas musculoesqueléticos, aumentando sobremaneira, as possibilidades de ações de planejamento e prevenção.

Entende-se, entretanto, que para a organização, planejamento, criação e padronização de programas e ações institucionais de promoção, prevenção e assistência à saúde, que atentem para as características psicofisiológicas e clínicas dos indivíduos, faz-se necessário conhecer o perfil dos trabalhadores, investigar a associação entre os desfechos negativos à saúde e bem-estar, assim como, a inatividade física. Desta forma, os resultados epidemiológicos são apresentados em dois outros artigos: um que investigou a associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física – **“Associação entre sintomas musculoesqueléticos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil”**; e outro que investigou a associação entre sintomas depressivos e inatividade física – **“Associação entre sintomas depressivos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil”**.

Ressalta-se que o presente estudo foi fruto de um projeto maior intitulado, “Condições de saúde de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia (Estudo COSTTA)”, cujo objetivo é identificar as condições de saúde de trabalhadores técnico-administrativos da UNEB. Criado no ano de 2017, o Estudo COSTTA desenvolve suas atividades numa abordagem interdisciplinar, contando com a participação de fisioterapeutas,

médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos, todos professores de importantes instituições de ensino superior na área da pesquisa: UNEB, Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal Fluminense (UFF), além de alunos de iniciação científica dos diversos cursos de saúde e pós-graduação da UNEB, UCSAL e Universidade Salvador (UNIFACS).

Os resultados desta tese evidenciam também a necessidade de uma maior atenção à estrutura de trabalho por parte dos gestores da universidade, bem como de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, apta a tratar e agir preventivamente para redução de danos e das questões relativas ao sofrimento e manifestações físico-psicopatológicas dos seus servidores, através de adaptações na gestão organizacional e da criação de programas eficazes ao incentivo dos potenciais benefícios à saúde e bem-estar proporcionados pela realização de atividades físicas no ambiente de trabalho.

Na construção desse trabalho científico, delineia-se um objeto sem comprometimento político-partidário, mas com ênfase na responsabilidade social e nas prerrogativas estatais de responsabilização sobre o cidadão que vive, sustenta e produz esse país.

REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho faz parte do cotidiano dos seres humanos, sendo sua fonte de renda, sobrevivência e um meio de interação social. É o que possibilita aos indivíduos conseguirem satisfazer suas necessidades básicas como alimentação, lazer e sociabilidade (GODINHO; GRECO, 2013). Além de possibilitar a sobrevivência material do homem, o trabalho é vivido como um ideal, uma possibilidade de ascensão, reconhecimento e pertencimento a um grupo social e isso faz do trabalho um fator social determinante no que diz respeito à saúde dos trabalhadores (GODINHO; GRECO, 2013).

Mas, se de um lado o trabalho pode trazer benefícios e gerar recompensas e satisfação para o trabalhador, como salário que garante seu sustento financeiro e da sua família, o bem-estar de ter uma ocupação e estar inserido no mercado de trabalho, por outro lado, pode gerar desgaste e adoecimento, levando à perda ou diminuição da capacidade de trabalho afastamento, temporário ou até mesmo permanente, do indivíduo de seu ambiente laboral (GODINHO; GRECO, 2013). Dentre os determinantes de saúde do trabalhador, estão os fatores de risco ocupacional (físicos, químicos, mecânicos, biológicos e os decorrentes da organização laboral) presentes no processo de trabalho, os condicionantes econômicos, sociais, tecnológicos e organizacionais que são responsáveis pelas condições de vida dos trabalhadores (BRASIL, 2001).

Ao final do século XX, as mudanças organizacionais e no caráter do trabalho aprofundaram-se em decorrência, sobretudo, da globalização, aceleração do desenvolvimento tecnológico, fusões e reestruturações das entidades e necessidade da sobrevivência em um cenário cada vez mais competitivo (SILVA; FERREIRA, 2013). Nesse contexto caracterizado por crescente concorrência, um dos maiores desafios consiste em manter um equilíbrio adequado entre melhorar o desempenho das organizações e aumentar, ou ao menos manter, as condições de vida e saúde no trabalho (FREITAS; SOUZA; QUINTELLA, 2013). Conforme Timossiet et al., os mecanismos que as instituições utilizam para investir recursos na ampliação e na manutenção de seu capital humano são de grande valor, uma vez que, a atenção e o cuidado com a saúde dos funcionários podem estar inteiramente relacionados à performance da organização (TIMOSSIET et al., 2010).

Dentre as doenças que acometem os trabalhadores, estão aquelas de caráter crônico e não transmissíveis, as quais são responsáveis por 59% dos 57 milhões de óbito no mundo por ano. Estas são marcadas pelo difícil controle e pela necessidade de assistência complexa e prolongada. O longo período de acometimento das doenças e a necessidade de mudança de hábitos dificultam o processo de autocuidado, aumentam os riscos de agravos provocados por

elas, bem como a oneração dos sistemas de saúde. Dentre as DCNT destacam-se as neoplasias, doenças do aparelho respiratório, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), que apresentam fatores de risco comuns merecendo, desta forma, maior atenção. Essas patologias constituem-se em algumas das principais causas de absenteísmo, afetando, diretamente, as relações trabalhistas, além de se caracterizarem como principais motivos de aposentadorias (BRASIL, 2011; AMOR NETO; ALELUIA, 2016).

Em países desenvolvidos como os Estados Unidos, as DCNT têm assumido valores cada vez maiores, sobretudo as cardiovasculares. Quase a metade dos norte-americanos morre em decorrência de doenças cardiovasculares, sendo que, a Doença Arterial Coronariana (DAC) é a principal causa de morte entre homens e mulheres (PAIXÃO NETO; ALELUIA, 2016). No Brasil, valores significativos chamam à atenção, pois as doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade, ocupando percentual de 27,4% do total de casos registrados no país. No que se refere à faixa etária dos 30 aos 60 anos, correspondente à parcela da população ativa no mercado de trabalho, os dados mostram que 15% de todas as internações realizadas são por doenças cardiovasculares (PAIXÃO NETO; ALELUIA, 2016).

As mudanças na organização e no funcionamento do trabalho, também, têm implicado o grande aumento das cargas cognitiva, psíquica e emocional do trabalhador, levando às repercussões importantes na saúde mental da população trabalhadora, destacando-se o aumento da prevalência dos Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho, que levam a prejuízos para o indivíduo, a organização, à família e à sociedade (ALARCON; GUIMARÃES, 2016).

Tentativas de entendimento da prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC), em trabalhadores das universidades, têm sido feitas avaliando a carga de trabalho sobre a satisfação profissional, a qualidade de vida e a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores, constatando uma suspeição para TMC, de 15% (BRAGA ET AL., 2010; ALARCON; GUIMARÃES, 2016). Estudo epidemiológico de corte transversal, realizado em uma amostra com 552 trabalhadores de uma universidade pública do interior do estado de São Paulo, objetivando estimar a prevalência anual de suspeição para Transtorno Mental (STM), encontrou uma prevalência anual de 35% de STM (GUIMARÃES et al., 2006).

O grande número de afastamentos temporários ou permanentes, decorrentes de incapacidades ocasionadas pelo trabalho, sobrecarrega os cofres públicos e reduz a produtividade econômica das organizações e do estado, o que tem gerado inúmeras discussões e reflexões. Isso demonstra a importância que esse problema tem assumido tanto no que diz respeito à saúde da população, quanto entre aqueles que representam a fatia economicamente ativa de trabalhadores e que contribuem para o crescimento econômico do país.

No Brasil, a discussão sobre as condições de saúde de servidores públicos ainda é incipiente, e, em geral, os estudos visam à compreensão a respeito de situações individuais dos trabalhadores em seus ambientes laborais, incluindo aspectos comportamentais e de contentamento profissional. Este panorama não é diferente para o trabalho técnico-administrativo em Instituições de Ensino Superior (IES), notando-se uma carência de estudos focados na identificação das condições de saúde de servidores neste campo de atuação, principal objetivo deste projeto de pesquisa.

A revisão da literatura que fundamenta este estudo compreende a Política Nacional de Promoção de Saúde, Política de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia (PSTT-BA), as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), especificamente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), os Sintomas Musculoesqueléticos (SME) e os Sintomas Depressivos (SD), em virtude da sua forte presença na saúde mental dos indivíduos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde

As iniciativas de promoção da saúde, como definidas na Carta de Ottawa, representam um esforço interdisciplinar e intersetorial para superar abordagens tecnicistas e medicalizantes sobre os problemas de saúde. Portanto, o campo da promoção da saúde configura um espaço de problematização e de desenvolvimento de ferramentas analíticas e metodológicas, a fim de ampliar o conhecimento sobre a natureza dos processos de saúde, adoecimento e vulnerabilização social (WHO 1986; MAGALHÃES, 2009).

A Promoção da Saúde, como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população, emerge, intrinsecamente, marcada pelas tensões próprias em defesa do direito à saúde (MALTA et al., 2016). No Brasil, a luta pelo direito à saúde é inerente à luta pela democracia e garantia constitucional dos direitos humanos. O SUS é efeito da articulação de uma série de forças sociais e políticas em defesa da saúde como bem público e, ao mesmo tempo, é a forma como o Estado brasileiro se organizou para efetivar as políticas de saúde no país (VASCONCELOS et al., 2006; MALTA, et al., 2016.).

A aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), 2006, ratificou a institucionalização da promoção da saúde no SUS. Tal processo não só revelou o acúmulo conceitual e da práxis cotidiana do sistema de saúde brasileiro como também a importância da análise de situação em saúde para a eleição de prioridades e focalização das ações sanitárias (MAGALHÃES, 2009; MALTA, 2009).

A PNAPS traz, em sua essência, a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população, incluindo aquelas do setor Saúde, tais como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPSUS), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2014).

Em atenção à ampliação do conceito de saúde e valorização da abordagem epidemiológica, foram eleitos temas transversais de referência para a implementação da PNaPS. Entre elas, destaca-se a vida no trabalho, a qual compreende interrelacionar o tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os distintos setores da economia (primário, secundário e terciário), considerando os espaços urbanos e rurais, identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica (BRASIL, 2014).

O campo de promoção da saúde reveste-se de fundamental importância para os trabalhadores que num contexto histórico, simbolizam uma vida social e economicamente produtiva. O movimento de promoção da saúde aponta para as influências socioambientais na saúde dos indivíduos e a necessidade de redução das desigualdades sociais para a construção de grupos sociais mais ativos e participativos nas decisões sobre sua saúde e da coletividade. Contudo, a liberdade de escolher um “estilo de vida” é facultada ao indivíduo, esse ser “autônomo” que é responsabilizado por suas escolhas, numa autonomia regulada pela própria sociedade (ASCAR, 2014).

Em permanente diálogo com as demais políticas, com outros setores governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, e, principalmente, com as especificidades sanitárias, a PNaPS aponta os temas identificados como importantes, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas desde 2006 e inseridas na primeira versão da PNaPS, bem como pelas normas e regulamentos vigentes na esfera federal, além dos acordos nacionais (Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos, planejamento estratégico do Ministério da Saúde) e internacionais firmados pelo governo brasileiro. Dentre eles está o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, cujo objetivo é promover articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais. (BRASIL, 2014).

Em 2013, 7 anos após a implementação da PNaPS, o Comitê Gestor da PNaPS do Ministério da Saúde propôs uma ação de atualização e reflexão sobre esta, frente a compromissos assumidos pelo governo brasileiro nos últimos anos, relativos a novas demandas, políticas e agendas internacionais e nacionais decorrentes de eventos e momentos estratégicos. Neste sentido, destacam-se como marcos do cenário deste processo de revisão, o Plano Nacional de Ações Estratégicas para enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis - Ministério da Saúde; o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que tratada regulamentação da Lei nº 8.080/1990 na perspectiva da articulação interfederativa e regionalização da saúde; a Conferência de Alto Nível da Organização das Nações Unidas – Doenças Crônicas não Transmissíveis; a Declaração da Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde; a Declaração da Conferência Rio + 2030 e a Declaração da 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, Saúde em todas as Políticas (ROCHA et al. 2014).

É grande o empenho político de gestores, pesquisadores e trabalhadores na busca pela efetiva consolidação do SUS, embora persistam desafios a serem superados no contexto do trabalho, visando melhoria das condições de trabalho e da relação trabalho-trabalhador (ASCAR, 2014). Entretanto, os efeitos de programas de promoção da saúde levam tempo para serem observados e interpretados e a expectativa em torno de resultados imediatos pode ser frustrante. Dificilmente a análise de tendências de morbidade e mortalidade ou o monitoramento de fatores de risco equacionam todas as questões avaliativas relevantes no campo da promoção da saúde (MAGALHÃES, 2009).

A Política de Segurança e Saúde do Trabalhador

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), lançada em 2004, foi criada com o propósito de promover melhoria na qualidade de vida e de saúde do trabalhador, mediante articulação e integração das ações governamentais nas relações de produção e consumo, ambiente e saúde. (COSTA; ENDERS, 2009). A saúde do trabalhador é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho particulares (COSTA; ENDERS, 2009).

O processo de produção brasileira, na atualidade, ocorre através da convivência de tecnologias e métodos gerenciais modernos ao lado de formas antigas e artesanais, o que contribui para um perfil de morbimortalidade do trabalhador caracterizado pela superposição de antigas e novas formas de adoecer e morrer (COSTA; ENDERS, 2009). Durante muito tempo, no Brasil, as políticas de desenvolvimento foram voltadas para os seus aspectos

econômicos e executadas de forma paralela, com pouca ou nenhuma articulação com as políticas sociais. Essa desarticulação teve um lado negativo para as políticas sociais, quando recaíram sobre estas os ônus dos danos gerados sobre a saúde da população, trabalhadores e ambiente (COSTA; ENDERS, 2009).

Está, no texto da Constituição Federal (CF) de 1988, a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador, através das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis Trabalhistas, CLT-Cap. V, do título II, Lei nº 6229/75, na Lei 8212/91 e 8213/91 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (BRASIL, 2004).

Na CF, em seus artigos 196 e 200, estão atribuídas ao Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de saúde do trabalhador, através de políticas sociais e econômicas, visando a redução do risco de doenças e outros agravos (BRASIL, 1988). Como forma de atingir a todos os trabalhadores do país e cumprir o preceito constitucional, além das determinações da Lei Orgânica da Saúde, a operacionalização dessas ações assumidas pelo SUS terão como porta de entrada a rede básica de saúde, e como retaguarda os Centros de Referência em Saúde do trabalhador (CEREST), além de níveis de maior complexidade desse sistema (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2001).

Para facilitar essa inserção do trabalhador no SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), através da Portaria 1.679, de 19/09/2002. A RENAST, modelo utilizado para organização das ações de saúde do trabalhador no SUS, foi estruturada a partir dos centros de referência, das unidades e dos municípios sentinelas (HOEFEL: DIAS: SILVA, 2005). Esses centros de referências têm, como suporte, as secretarias municipais de saúde, os hospitais universitários e os sindicatos. Essa estratégia teve duas consequências: por um lado permitiu certa organização no processo de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, através de avanços setoriais, acúmulo de experiências, conhecimentos técnicos e capacitação profissional; entretanto, por outro, os mesmos ficaram à margem das políticas de saúde do SUS (HOEFEL:DIAS: SILVA, 2005).

Em se tratando de servidor público, foi, somente a partir de 2003, que ocorreram as primeiras iniciativas que demonstraram preocupações de seus dirigentes com suas condições de trabalho. Essas preocupações surgiram quando foi observado neste período, que, para cada servidores públicos civis federais, 26 tiveram afastamentos do serviço por mais de três dias. Esses estudos foram realizados pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG), que, mesmo desconhecendo as causas avaliou que

as perdas decorrentes dessa situação eram para todos: servidor, Estado e sociedade: para o servidor, que tem sua expectativa de vida ou sua qualidade de vida diminuída, e nos casos de invalidez, a redução da remuneração; para o Estado que perde eficiência, quando sua força de trabalho não corresponde à de trabalho efetivo, o que obriga a renovação do quadro de pessoal, antes do tempo previsto e, finalmente, para sociedade, a qual perde a eficiência do serviço público, através da redução na qualidade do serviço prestado, ou na qualidade de atendimentos realizados (COSTA; ENDERS, 2009, apud DOMINGUES, 2005).

Atualmente, o que se tem é um Estado com um grande número de atividades econômicas, oferecendo uma ampla gama de risco à saúde e à segurança do seu servidor, com a incorporação longa do tempo de novos processos de trabalho, que teve como consequência o aparecimento de novas patologias (DOMINGUES, 2005).

Diante do problema, e com o objetivo de incluir de forma efetiva o trabalhador do serviço público estadual na política de saúde do trabalhador, o Governo do Estado da Bahia, com base no disposto no Decreto 16.106, de 29 de maio de 2015, que cria o regimento da Secretaria da Administração do Estado da Bahia (SAEB), implantou o Programa Estadual de Valorização do Servidor - Bem Viver, que tem a perspectiva de preservação da saúde e integridade dos servidores públicos do Estado da Bahia, através de ações que abrangem desde a antecipação, reconhecimento, avaliação e controle da ocorrência de potenciais agravos à saúde dos servidores relacionados às condições e ambiente de trabalho, incluindo aqueles relativos à ergonomia e fatores relacionais; até a implementação das ações necessárias à promoção da saúde ou a sua recuperação, a prevenção de doenças laborais e acidentes de trabalho, aqui consideradas também ações de educação, reabilitação funcional, de promoção da qualidade de vida e de reinserção no ambiente de trabalho a serem desenvolvidas através da articulação entre as diversas instâncias do Estado (BAHIA, 2015).

Dentro da perspectiva abordada, a Coordenação de Valorização do Servidor tem como objetivos desenvolver ações sistêmicas e estruturantes de saúde ocupacional que promovam a prevenção, o diagnóstico precoce e tratamento de doenças relacionadas ao trabalho no conjunto dos servidores públicos do Estado da Bahia; implantar ações de saúde ocupacional que gerem no quadro de servidores uma postura de prevenção, melhor qualidade de vida e conforto no trabalho, resultando em incremento da produtividade, qualidade e dignidade no trabalho e identificar pontos de convergência nas ações já em desenvolvimento, relacionadas a estes objetivos visando, através de sua articulação, assegurar o respeito às especificidades de cada atividade desempenhada pelos servidores nas diversas Secretarias (BAHIA, 2015).

Essa política de atenção à saúde é inovadora, ao ampliar a forma de cuidar da saúde do

servidor, até então, focada apenas como capacidade laboral, levando em consideração os perfis clínico e epidemiológico dos funcionários dos órgãos e entidades que compõem a administração pública estadual. Ela está organizada com base em três linhas de ação: implementação das ações de promoção da saúde ocupacional, ações voltadas à recuperação, reabilitação funcional e de reinserção no ambiente de trabalho e ações de educação e promoção da qualidade de vida no trabalho (BAHIA, 2015).

A operacionalização destas iniciativas é de competência da Superintendência de Recursos Humanos, através da Coordenação de Valorização do Servidor, encarregada também, do acompanhamento e avaliação, além de outras ações e programas que visam criar condições favoráveis ao bem-estar sociofuncional do servidor, promovendo melhor qualidade de vida no trabalho e redução de absenteísmo no âmbito da administração pública estadual (BAHIA, 2015).

A Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia

Instituída através da Portaria Estadual SESAB nº 30, de 15 de janeiro de 2021, a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia (PSTT-BA) foi criada com o propósito de definir os princípios, as diretrizes, os objetivos e as estratégias a serem observados pela gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas instâncias regionais e municipais que compõem a Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENAST-BA), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde dos trabalhadores, visando à promoção e a proteção da saúde, bem como a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (SESAB, 2020).

A elaboração da PSTT-BA teve como principais elementos norteadores, aqueles que dispõem sobre a garantia de direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988 (CF88), sobre as atribuições e responsabilidades das esferas de gestão e demais instrumentose leis infraconstitucionais do SUS e da Saúde do Trabalhador no SUS. Outros instrumentos legais também foram considerados na estruturação: Portaria GM/MS nº 1.823, de 28 de agosto de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, atualmente inclusa na Portaria Consolidada GM/MS nº 5/2017; Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 588, de 12 de julho de 2018, que instituiu a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS); Resolução CNS nº 603, de 08 de novembro de 2018, que aprova o relatório da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT/CNS) o qual apresenta proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores no SUS; Deliberações da 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e

da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde (SESAB, 2020).

Essa política de atenção à saúde, em seu Capítulo III, Art. 5º, apresenta como objetivos: I - promover e proteger a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras; II - reduzir a morbimortalidade relacionada ao trabalho; III - promover a melhoria das condições, dos ambientes e processos de trabalho; IV - fortalecer a Vigilância da Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde; V - garantir a integralidade e a qualidade na atenção à saúde do trabalhador; VI – garantir a universalidade, a ampliação do acesso e a inserção de Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia (PSTT-BA), 23 ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS no estado; VII – incorporar a compreensão da categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde, no planejamento e no desenvolvimento das ações de saúde; VIII - desenvolver, fomentar, produzir e divulgar informações, conhecimento, estudos e pesquisas de interesse à Saúde do Trabalhador; IX - promover a articulação intra e intersetorial na realização das ações de saúde do trabalhador; X - garantir a participação social na formulação, controle e avaliação das políticas de Saúde do Trabalhador (SESAB, 2020).

Por seus princípios, objetivos, diretrizes e estratégias, a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem grande potencial para contribuir para a redução das iniquidades e da injustiça social que se observa hoje no Brasil e na Bahia, relacionadas às desigualdades de trabalho, renda, acesso às políticas e direitos sociais. Espera-se, com sua efetivação, que ela seja, de fato, orientadora das políticas de saúde, que promova a responsabilidade sanitária de gestores e técnicos, além do fortalecimento da participação e controle social, contribuindo para a ampliação do acesso e qualidade da atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras em nosso Estado (SESAB, 2020).

Universidade Estadual da Bahia

A Universidade do Estado da Bahia (UNEB) foi criada em 1983 e se encontra presente em todas as regiões do Estado, pois é estruturada no sistema multicampi e possui 29 departamentos instalados em 24 campi. Na cidade do Salvador, encontra-se o Campus I e os demais são distribuídos em 23 importantes municípios baianos de médio e grande porte (BAHIA, 2016). Programas de ações extensionistas realizadas por meio do estabelecimento de convênios com organizações públicas e privadas proporcionam a capilaridade das ações da UNEB pelos 417 municípios baianos, assim como a realização de pesquisas acadêmicas de

grande mérito e a formação de jovens e adultos em mais de 150 cursos presenciais e na modalidade ensino à distância (EAD) (BAHIA, 2016). Vale ressaltar que, em 2017, a UNEB foi eleita como uma das 80 melhores universidades da América Latina, apontada pela mais recente edição do Ranking Universitário Latino-Americano, promovido pela revista *Times Higher Education* (THE). Para serem eleitas, às instituições foram avaliadas pela qualidade do ensino, pesquisa, ações de transferência de conhecimento e suas perspectivas internacionais (BAHIA, 2017).

De acordo com o levantamento realizado no período de setembro/2016 a maio/2017 pela Comissão instituída pela Portaria 2462/2016, com o objetivo de elaborar Proposta de Programa de Qualificação, 1075 é o número de pessoas efetivas que compõem o quadro funcional de servidores técnico-administrativos da UNEB, sendo 904 pertencentes ao Grupo Ocupacional Técnico Específico em Educação e 171 distribuídos em várias carreiras que contemplam servidores do quadro especial, com 94 do quadro permanente, 59 do Centro de Pesquisas e Desenvolvimento (CEPED), órgão extinto que integra o quadro especial desde 2003, e 18 deles à disposição da UNEB advindos de outros órgãos do Estado com carreiras regulamentadas por legislações específicas (BAHIA, 2017).

Os servidores técnicos e analistas universitários da área técnica-administrativa em educação são regulamentados por um plano de carreira, amparados na Lei 11.375/2009, que dispõe sobre a reestruturação do Plano de Carreira dos servidores integrantes do Grupo Ocupacional Técnico Específico, criado pela Lei nº 8.889, de 01 de dezembro de 2003, no âmbito das Universidades Estaduais da Bahia (BAHIA, 2017). Desta forma, a referida lei estabelece as atribuições de cada cargo, a saber:

I - Analista Universitário: atividades de suporte técnico aos projetos e ações administrativas e acadêmicas, executados nas Universidades Estaduais;

II - Técnico Universitário: atividades de suporte técnico de média complexidade aos projetos e ações operacionais, administrativas e acadêmicas das Universidades Estaduais.

Aos técnico-administrativos, lotados na administração central, cabem coordenar, acompanhar e avaliar permanentemente, os programas institucionais, oferecendo subsídios à definição de objetivos, à formulação de políticas e à fixação de diretrizes para os processos de desenvolvimento da universidade. Compete a estes ainda coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as atividades inerentes à logística de contratos, convênios e denominações assemelhadas, em regime de colaboração com os demais órgãos da administração superior e administração setorial, assim como os coordenadores de programas e projetos, dentre outras atribuições, bem como prestar assessoramento aos órgãos da Administração Central e aos

departamentos da Universidade, dentre outras.

Aos técnico-administrativos, lotados nos setores acadêmicos, cumpre prestar assessoria administrativa e pedagógica à direção de unidade, às coordenações de curso, aos departamentos e aos docentes, atendimento aos discentes e ao público externo, assim como gerenciamento do(s) curso(s) de graduação, como função básica e fundamental no que diz respeito à vida acadêmica dos alunos. São também responsáveis pelos serviços de secretaria das unidades de ensino, coordenações de curso e departamentos.

Essa mesma Lei também descreve que o ingresso na carreira do Analista Universitário dar-se-á no Grau I, mediante aprovação em concurso público de provas e títulos, e na carreira de Técnico Universitário, no Grau I, Referência I, mediante aprovação em concurso público de provas. O ingresso nas carreiras de Analista Universitário exige diploma de conclusão de curso superior devidamente registrado no Ministério da Educação e, para a de Técnico Universitário, certificado de conclusão de 2º grau devidamente registrado no Ministério da Educação (BAHIA, 2017).

Ainda segundo o relatório apresentado pela Comissão, na UNEB, as atividades desenvolvidas pelos técnico-administrativos não diferenciam atribuições definidas de acordo com a capacitação do servidor e os padrões de vencimento que cada carreira deveria desenvolver nos órgãos de lotação, não identificando a complexidade da atividade desempenhada, o nível de supervisão exercida e requerida, ou seja, competências exigidas para o exercício das atividades atinentes aos setores de trabalho, causando desmotivação no desenvolvimento de ambas as carreiras, pela falta de dimensionamento adequado do quadro de pessoal (BAHIA, 2017).

A posição do servidor na matriz hierárquica dos padrões de vencimento, em decorrência da capacitação profissional para o exercício das atividades do cargo ocupado, realizada após o ingresso no Grau I na posição horizontal estabelecida para a Gratificação de Suporte Técnico Universitário, dar-se-á de acordo com a titulação ou aperfeiçoamento do servidor e o Grau, por progressão e conseqüente desenvolvimento do servidor pela educação formal na carreira observado o cumprimento de interstício mínimo de 24 (vinte e quatro) meses de efetivo exercício na referência ocupada (BAHIA, 2017).

A carreira do Técnico Universitário está estruturada em 04 (quatro) Graus, sendo obrigado à passagem nas 03 (três) Referências dentro do mesmo Grau para desenvolvimento por progressão na carreira, observando o cumprimento de 12 (doze) meses de efetivo exercício na Referência ocupada, quando no Grau I; e de 18 (dezoito) meses de efetivo exercício na Referência ocupada, quando nos Graus II, III e IV, mediante a conclusão em cursos de

aperfeiçoamento, guardando correspondência com as atribuições do cargo como requisito para a progressão (BAHIA, 2017). Além das limitações que a legislação impõe ao desenvolvimento da carreira do servidor técnico universitário no interstício em cada referência, com passagem em todas as referências, há a permanência de tempo maior em cada grau com cumprimento mínimo de (trinta e seis) meses de efetivo exercício no Grau I e 54 (cinquenta e quatro) meses nos Graus II e III, deve-se observar, também, a quantidade de horas a serem integralizadas para efeito de enquadramento e respectivo desenvolvimento na carreira (BAHIA, 2017).

Salienta-se que o quantitativo de servidores analistas e técnicos universitários apresentados, por grau, no referido relatório não reflete o quantitativo real deles na Universidade, seja em nível de escolaridade ou por formação desenvolvida, tendo em vista que as ferramentas utilizadas para gestão de pessoas no Estado, Sistema Integrado de Recursos Humanos (SIRH), e o Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (SIGP), na UNEB, necessitam de aperfeiçoamento para a geração de informações diversas vinculadas às classes de vencimento através da folha de pagamento da Universidade (BAHIA, 2017). Sendo assim, SIRH tendo como referência à remuneração da Gratificação de Suporte Técnico Universitário (GSTU), vinculada a titulação do servidor, somente contabiliza a evolução na carreira para os analistas universitários que não são ocupantes de cargo temporário, não contabilizando os que fazem a opção pelas Gratificações (RTI/CET) ou aqueles que estão fora de folha (Licença de Interesse Particular, Disposição para outros órgãos) (BAHIA, 2017). Nesta mesma perspectiva, não é possível o acompanhamento da evolução dos técnicos universitários servidores do quadro especial e outras carreiras do quadro que evoluíram na formação para graduação, especialização ou outra modalidade de pós-graduação, uma vez que não há mecanismos de controle interno na instituição para a gestão de pessoal na integralidade (BAHIA, 2017).

O relatório, também, destaca a defasagem no quantitativo de servidores técnicos previstos pela Lei nº 13.184/2014, bem como o quantitativo real existente na instituição, principalmente no Grau I, sendo um déficit geral no quadro efetivo superior ao total de servidores existente atualmente nas carreiras quando somadas a distribuição nos diversos graus (BAHIA, 2017). Ao mesmo tempo, de acordo com o levantamento, em diálogos com o segmento técnico-administrativo, tem-se apontado a grande demanda de trabalho em função do déficit de pessoal atualmente na universidade, que deve ser agravado pelo número significativo de aposentadorias que se encontra em processo de tramitação, cujos números não foram identificados no referido relatório (BAHIA, 2017).

Doenças Crônicas não Transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no mundo. Das 57 milhões de mortes ocorridas em 2008, 36 milhões, 63%, foram em razão das DCNT, destacando-se as doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, diversos tipos de câncer e as doenças respiratórias crônicas (MOREIRA et al, 2010; DAUDT; BOZZETTI, 2013).

Seguindo uma tendência mundial, nas últimas décadas o Brasil tem passado por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional. A transição demográfica resultou na diminuição significativa das taxas de fecundidade e natalidade, assim como no aumento progressivo da expectativa de vida. Já a transição epidemiológica, decorrente da urbanização, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, além de outros fatores, resultou em um novo perfil de morbimortalidade, com o aumento da prevalência de DCNT e a alta ocorrência das doenças infectocontagiosas. Por fim, a transição nutricional, veio a resultar no aumento progressivo do sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo, alterando assim os padrões de ocorrência de morbidades (SCHMIDT et al., 2011; DAUDT; BOZZETTI, 2013).

No Brasil, as DCNT se constituem em problema de saúde pública de grande magnitude, atingindo indivíduos de todos os perfis socioeconômicos e, de maneira mais intensa, as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde, sendo responsáveis por 72% das causas de mortes (DAUDT; BOZZETTI, 2013; BRASIL, 2011; SCHMIDT et al., 2011). As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial têm quatro fatores de risco em comum que são o tabagismo, má alimentação, o sedentarismo e o consumo nocivo do álcool, os quais são também responsáveis em grande parte, pela elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e pelo diabetes mellitus (DM). No que se refere às mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: HAS (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), DM (6%), sedentarismo (6%) sobrepeso e obesidade (5%) (DAUDT; BOZZETTI, 2013; MALTA, et al., 2006). Esses fatores de risco, no Brasil, são monitorados por meio de diferentes inquéritos de saúde, com destaque para o monitoramento realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2011). O inquérito VIGITEL inclui a população brasileira com mais de 18 anos de idade e residente nos 26 estados e no Distrito Federal.

A globalização de hábitos não saudáveis, bem como a epidemia de obesidade em todo o mundo, são fatores que têm contribuído para maior prevalência das DCNT no Brasil. Nessa perspectiva, a prevalência da HAS e do DM na sociedade brasileira constitui-se como

impeditivos para o decréscimo das DCNT. Por conseguinte, o controle do tabagismo e o maior acesso da população brasileira a atenção primária a saúde são aspectos que contribuiram para a diminuição das taxas de mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas no Brasil nas últimas décadas (BRASIL, 2011; SCHMIDT et al., 2011).

A HAS e o DM são duas importantes DCNT que atingem a faixa produtiva da população e traz grandes problemas para o mundo do trabalho. Essas patologias se constituem algumas das principais causas de absenteísmo que afeta diretamente as relações trabalhistas, gerando insatisfação entre os trabalhadores, em virtude da desorganização e sobrecarga de trabalho. Outra consequência é a queda na qualidade e quantidade do trabalho realizado, além de ser um dos principais responsáveis pelas aposentadorias (BRASIL, 2011).

Sendo as DCNT as principais fontes da carga de doenças no Brasil, os transtornos neuropsiquiátricos corroboram como parcela significativa dessa realidade. Em consonância, a depressão, às psicoses e os transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool somam a maior parte das cargas ocasionadas de transtornos neuropsiquiátricos, sendo os transtornos mentais comuns (TMC) os mais prevalentes em indivíduos com níveis mais baixos de renda e educação. Entre os trabalhadores a depressão tem causado incapacidade grave e definitiva, inclusive, de executar atividades laborativas, apresentando taxas de mortalidade elevadas, com prejuízos nas funções sociais e físicas e existência de aposentadorias precoces (SCHMIDT et al., 2011).

Pesquisadores que investigaram adultos brasileiros e incluíram critérios mais amplos para transtornos mentais comuns (TMC; estados mistos de depressão e ansiedade) relataram que cerca de 30% deles apresentaram tais sintomas. A depressão foi mais prevalente em pessoas com níveis mais baixos de educação e renda e em pessoas que estavam desempregadas (SCHMIDT et al., 2011). Correlacionando-se as variáveis sociodemográficas e ocupacionais com suspeição para TMC, entre técnico-administrativos de uma Universidade Pública do Estado do Mato Grosso do Sul, Alacron e Guimarães, em 2016, relataram que 48,5% da amostra referiram ter tido problemas de saúde, relacionados ao trabalho, nos últimos 12 meses, em que os mesmos podem ser associados diretamente com a qualidade de vida e trabalho. Ter tido problemas de saúde nos últimos 12 meses aumenta a chance de suspeição para TMC em 5.3 vezes (no teste de razão de chances) e 4.61 (no teste razão de prevalência). Alguns estudos corroboram os achados obtidos em que a chance de resultado positivo para TMC aumenta em trabalhadores que tiveram problemas de saúde nos últimos 12 meses (DELCOR et al., 2004).

Estudo transversal com funcionários técnico-administrativos de uma universidade no Estado do Rio de Janeiro-Estudo Pró-Saúde avaliou o estresse no trabalho e a interrupção das

atividades habituais por problemas de saúde. Os homens em atividades com alta exigência apresentaram prevalência da interrupção das atividades habituais duas vezes maior do que aqueles cujas atividades não foram classificadas nessa categoria (baixa exigência; ativo; passivo), ajustando-se por idade (RP = 2,06; IC95%: 1,54-2,76). Entre as mulheres, a prevalência do desfecho foi 45% maior (RP = 1,45; IC95%: 1,17-1,79) (MACEDO et al., 2007; DAUDT; BOZZETTI, 2013.)

Embora o conjunto dos Transtornos Mentais represente cerca de 13% a 14% da carga total de doenças, menos de 1% dos gastos totais em saúde são investidos em saúde mental, produzindo uma importante lacuna entre a demanda e a oferta dos serviços. Em decorrência desse descompasso, apenas parte dos casos existentes é identificada e tratada, elevando os custos sociais e econômicos. Esses transtornos constituem causa relevante para os dias perdidos de trabalho, o que acarreta, indiretamente, um aumento da demanda nos serviços de saúde (ALARCON; GUIMARÃES, 2016).

A qualidade de vida dos indivíduos está atrelada às condições de saúde que possibilitem o desenvolvimento humano. Desse modo, as condições de saúde no Brasil assumem uma esfera importante no que tange ao crescimento socioeconômico e humanodessa população, sendo uma discussão relevante e oportuna.

Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma doença de alta prevalência e baixas taxas de controle. É apontada como o principal fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além de doença renal crônica terminal, sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mesma é considerada uma síndrome por estar, frequentemente, associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes mellitus e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica (CESARIANO et al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2016), são hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Foram classificados como pressão arterial (PA) normal registros inferiores a 130/85 mmHg, e PA ótima valores inferiores a 120/80 mmHg.

Dados representativos para adultos do conjunto das capitais brasileiras obtidos pela VIGITEL, em 2011, estimam que 25,5% das mulheres e 20,7% dos homens com idade ≥ 18 anos e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade ≥ 55 anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão. Essa prevalência é ainda maior em indivíduos de menor escolaridade. Já a prevalência autorrelatada tem aumentado aproximadamente 0,5% ao ano (BRASIL, 2011). Existe relação direta e linear da pressão arterial (PA) com a idade. No conjunto da população adulta das 27 cidades brasileiras estudadas, a frequência de diagnóstico médico prévio de HAS se tornou mais comum com a idade, para ambos os sexos, mais marcadamente para as mulheres, alcançando 3,0%, entre os 18 e aos 24 anos de idade, e 65,7% na faixa etária de 65 anos ou mais idade (BRASIL, 2012a).

Em 2008, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) estimou que 24% das mulheres e 17% dos com idade ≥ 20 anos e cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade ≥ 60 anos tinha diagnóstico prévio de HAS (IBGE, 2010). Considerando-se valores de PA $\geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalência entre 22,3% e 43,9%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% para os homens e de 30% para as mulheres (CESARIANO et al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009).

Um dos desafios na prevenção e tratamento da HAS é o aumento da sua detecção, a qual se inicia com a apropriada aferição da PA. O rastreamento de níveis aumentados de PA é um procedimento que deve ser realizado pelo profissional de saúde como medida preventiva de saúde, fazendo parte do exame clínico de rotina. Esse simples procedimento pode detectar indivíduos assintomáticos com elevados níveis pressóricos, o que permite o início precoce do tratamento, seja ele farmacológico e/ou baseado em modificações do estilo de vida (CONCEIÇÃO et al., 2006).

Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é também considerado uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. As crescentes incidência e prevalência são atribuídas ao envelhecimento populacional, mas também, e especialmente, ao estilo de vida atual, caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares que predispõem ao acúmulo de gordura corporal.

Segundo Medeiros et al. (2012), o DM caracterizado como uma doença crônica, devido à falta de insulina ou à incapacidade da insulina para exercer adequadamente seus efeitos, sendo mais comum em indivíduos com excesso de peso, afeta, aproximadamente, 173 milhões de

indivíduos em todo o mundo. Ainda, de acordo com os pesquisadores, estima-se que, para o ano de 2030, existirá uma população de 300 milhões de pessoas sofrendo de diabetes, e que essa doença seja uma das principais causas de morte.

No Brasil, estudos multicêntricos sobre a prevalência de diabetes demonstraram uma prevalência de 7,6% na população entre 30 e 69 anos. Calcula-se que em 2025 possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no país, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos cinco milhões de diabéticos, no ano 2000 (BRASIL, 2004).

O DM é uma das principais DCNT que afetam o homem, tornando muitos indivíduos incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas. Outros permanecem no trabalho, porém com alguma limitação no seu desempenho profissional. Essa perda de produtividade tem um custo social muito elevado, chegando a equivaler ou superar os custos diretos com a saúde (BARROS et al., 2014).

Para Medeiros et al. (2012), o DM não se configura como doença ocupacional, tampouco está associada a uma categoria profissional específica. Apesar disso, é conhecido que os hábitos de vida adotados pelos trabalhadores podem potencializar os riscos para o desenvolvimento da doença. Especificamente para aqueles com jornada de trabalho em turnos, o que implica em dificuldades para assumir hábitos de vida saudáveis, os riscos à saúde podem apresentar-se de forma insidiosa (BARROS et al., 2014).

Em média, metade dos indivíduos brasileiros portadores de DM desconhece sua condição. Cerca de um quinto dos que a conhecem não realizam qualquer tipo de tratamento. Essa situação gera a necessidade de práticas de saúde mais abrangentes que minimizem o aparecimento dos fatores de risco para o DM ou que reduzam a exposição das pessoas aos mesmos (BARROS et al., 2014).

Sintomas Musculoesqueléticos

Os distúrbios musculoesqueléticos podem resultar de degenerações ou inflamações dos tecidos moles, sendo considerados problemas de saúde pública dada sua magnitude e relevância. Esses distúrbios, principalmente as lesões por esforços repetitivos e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER-DORT), epidemiologicamente ocupam o segundo lugar como causa de doenças entre os trabalhadores do país (FANTINI, et al., 2014; ALMEIDA, et al., 2016).

Dados do estudo Saúde Brasil 2018, produzido pelo Ministério da Saúde, apontam que, entre os anos de 2007 e 2016, o total de notificações de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) cresceu 184%, passando

de 3.212 casos para 9.122, com os trabalhadores da indústria, comércio, alimentação, transporte e serviço apresentando-se no topo da lista (BRASIL, 2019). Nos Estados Unidos, esses distúrbios são responsáveis por 29% de todas as doenças e acidentes que levam ao afastamento do trabalho. Já na União Europeia, os distúrbios musculoesqueléticos representam 53% do total de doenças ocupacionais registradas e 50% das situações que levam a faltas ao trabalho por período superior a três dias. (ASSUNÇÃO; ABREU, 2017).

A vulnerabilidade dos sujeitos está relacionada tanto às características individuais como às características de suas ocupações, explicando as prevalências de tais distúrbios e de seu principal sintoma – a dor musculoesquelética. No ambiente de trabalho, os processos de desgaste do corpo por patologias osteomusculares são determinados em boa parte pelo tipo de trabalho e pela forma como este se organiza, o que justifica a interferência dos distúrbios e a dor crônica nas atividades diárias laborativas (FANTINI, et al., 2014; ALMEIDA, et al., 2016). O sintoma doloroso no sistema musculoesquelético é a forma mais comum de alerta do corpo humano quando este apresenta alguma lesão ou sobrecarga, configurando-se como um grave problema no campo da saúde do trabalhador por favorecer o desequilíbrio físico, psíquico e social (COSTA et al., 2013; LIMA et al., 2020).

As doenças relacionadas ao trabalho, além de gerarem impactos negativos nas atividades cotidianas dos indivíduos e prejudicarem a produtividade laboral, podem ser responsáveis pelo alto número de aposentadorias, afastamentos, tratamentos, indenizações e culminar em elevados custos de impostos à sociedade (ALMEIDA et al., 2016; MIRANDA; CASTRO; ARAÚJO, 2019; LIMA et al., 2020). Seus principais fatores de risco relacionam-se com a organização do trabalho, com os fatores ambientais, psicológicos, fisiológicos, biomecânicos e com as possíveis sobrecargas de segmentos corporais em determinados movimentos para a realização de algumas tarefas. Ademais, a repetitividade, o trabalho muscular estático, as posturas inadequadas e prolongadas durante a jornada de trabalho podem também influenciar e comprometer o desenvolvimento das atividades laborais, desencadear enfermidades do sistema musculoesquelético e, conseqüentemente, afastamentos das atividades laborais e aposentadorias precoces. (MAGNAGO et al., 2010; BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012; COSTA et al., 2013).

Sintomas Depressivos

No início dos anos 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou-se à discussão da Saúde Mental, cujo trabalho culminou na produção e lançamento em 2001 do documento Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.

Este relatório apresenta valiosas contribuições sobre este campo de conhecimento a partir da compreensão de que saúde física e saúde mental são elementos de vida interdependentes e indissociáveis, necessários ao bem estar geral do indivíduo, da família, da sociedade e da comunidade, como também o entendimento de que as doenças físicas e as disfunções mentais e comportamentais são resultantes da interação e influência de fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais (OMS, 2002).

Os distúrbios mentais ocorrem em todas as regiões e culturas, sendo mais prevalentes a depressão e a ansiedade. A OMS estima que cerca de 676 milhões de pessoas, quase uma a cada 10 pessoas do planeta, têm sofrimento mental (WHO, 2016). Ao iluminar esta temática, a OMS coloca em evidência aspectos a ela relacionados, tais como o estigma, o preconceito e a necessidade de se instituir políticas que visem à discriminação, a prevenção e a oferta de apoio e tratamento de acordo com as boas práticas clínicas aos enfermos e suas famílias.

A saúde mental está associada a uma série de determinantes relacionados a recursos pessoais, condições sociais, culturais, educacionais, políticas, econômicas e ambientais (BERTAUT, LEMERY, MILLOT, 2010). Situações adversas, tais como desemprego, problemas de saúde crônicos, violência e abuso doméstico, uso de substâncias, excesso de trabalho e estresse são alguns exemplos de fatores que podem desencadear um desequilíbrio no estado de bem-estar mental. Alguns grupos sociais são mais vulneráveis ao desencadeamento de distúrbios mentais, como crianças e adolescentes expostos ao abuso, negligência e uso de substâncias, mulheres, idosos, pessoa em privação de liberdade, pessoas expostas a conflitos ou sujeitas à discriminação por sua orientação sexual (BERTAUT, LEMERY, MILLOT, 2010).

O contexto social, fatores psicológicos e biológicos podem influenciar o estado mental dos indivíduos. Dificuldades socioeconômicas persistentes, as condições de vida e de trabalho desfavoráveis, discriminação e exclusão social, problemas de saúde, risco de violência e violação dos direitos humanos são condições associadas ao surgimento de sofrimento mental. Certos perfis psicológicos e traços de personalidade podem predispor a distúrbios mentais, além das causas biológicas, incluindo fatores genéticos e desequilíbrios químicos cerebrais (DEBARRE, 2015).

Entretanto, é preciso considerar os efeitos que a modernidade produziu no modo de existir do homem, cada vez mais convocado a operar com mais assertividade para responder a exigências sem precedentes de uma sociedade que valoriza a competitividade e a conquista (BAUMAN, 2007; KEHL, 2009). O estado de tensão ao qual o indivíduo é obrigado a viver, o ritmo de vida, a alienação, a solidão endêmica, o fracasso de crenças no que antes parecia dar

significado e direção à vida ressoa em consequências sintomáticas e, nesta perspectiva, o sofrimento mental manifesta-se na forma de depressão.

Para Kehl (2009), a depressão ocupa o lugar de sinalizador do “mal-estar da civilização”, que da Idade Média até o início da modernidade era ocupado pela melancolia. Ela afirma que o indivíduo deprimido está em descompasso com a experiência do tempo na contemporaneidade. Ele não consegue entrar em sintonia com a aceleração imposta pela vida cotidiana e, além disso, sua solidão se agrava em função do desprestígio social de sua tristeza, que não é bem vista no mundo atual e corre o risco de ser discriminado.

No mundo, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão e, mais de 200 milhões de transtornos de ansiedade, condições que muitas vezes ocorrem simultaneamente e trazem sérias consequências em termos de perda da saúde e incapacidade. A depressão tem aumentado, em especial nos países menos desenvolvidos. Ela é classificada pela OMS como a maior contribuinte para a deficiência global (7,5% de todos os anos vividos com deficiência) e os transtornos de ansiedade ocupam o 6º lugar (3,4%), sendo o transtorno mental mais frequentemente associado a mortes por suicídio, que chegam a cerca de 800 000 por ano (WHO, 2017).

No Brasil, a prevalência da sintomatologia depressiva tem oscilado de 1,7% em adolescentes de 10 a 14 anos, a 7,7%, em indivíduos com idade de 50 a 64 anos, segundo dados divulgados pela *Global Health Data Exchange* (GHDx) do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), referentes a 2015. Dos brasileiros, 4,9% dos adolescentes com idade entre 15 a 19 anos sofrem de distúrbios depressivos, dos quais, 6,7% são mulheres. Se considerarmos a idade de 20 a 24 anos, esse percentual alcança 7,1%, o que representa um aumento de 3,2%. Destes, 8,7% são do sexo feminino (IHME, 2015).

No que se refere ao trabalho, a sintomatologia depressiva pode estar diretamente relacionada às experiências vivenciadas com a sua gestão organizacional, nas quais a combinação de aspectos, como elevada carga de trabalho e complexidade das tarefas, insatisfação profissional pela ausência de reconhecimento do desempenho por parte das chefias e colegas de trabalho, dificuldades de ascensão profissional, dentre outros, se articulam. Desta forma, as diversas situações presentes no ambiente laboral, associadas às constantes frustrações, constituem-se em riscos potenciais de influência para a gênese do sofrimento e adoecimento mental, o que pode afetar a vida pessoal e profissional do trabalhador (SILVA, 2011; BASTOS et al. 2018; LOPES; SILVA, 2018; LOUREIRO, 2018).

Nesse contexto, várias escalas têm sido desenvolvidas para avaliar depressão e apresentam como vantagens: a triagem, a avaliação da gravidade do quadro e a monitorização

da resposta ao tratamento. Entre os instrumentos usados para avaliar a suspeição de sintomas depressivos descritos pelo *American Classification for Mental Disorders* (DSM-V), encontra-se o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Derivado do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), o qual foi originalmente desenvolvido para identificar cinco transtornos mentais comuns em atenção primária à saúde, o PHQ-9 caracteriza-se por ser um instrumento de aplicação rápida, composto por nove itens, com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. Estima-se, como indicador positivo de depressão maior, valor maior ou igual a 10. Tal instrumento pode ser autoaplicável, o que seria uma vantagem em estudos epidemiológicos, em comparação a outros validados no Brasil (SPITZER et al., 1994; OSÓRIO et al., 2009; SANTOS et al., 2013; ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Fatores de Risco para as DCNT

Inatividade Física

A **atividade física (AF)**, uma das mais importantes estratégias para o combate e controle das síndromes metabólicas, das doenças cardiovasculares, das disfunções musculoesqueléticas e melhoria da qualidade de vida, é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético que demande gasto energético acima dos níveis de repouso, que inclui à realização de tarefas domésticas, deslocamentos, atividades recreativas, esportivas e ocupacionais (WHO, 2018; SOUZA et al., 2019). Entretanto, quando o indivíduo em análise não pratica qualquer AF, além daquela necessária para os movimentos básicos, a nomenclatura atribuída é de **sujeito inativo** (GIROIR, 2018). Vale ressaltar, que no presente estudo foi considerada como variável a expressão **inatividade física** para aqueles que praticavam menos de 10 minutos diários de atividade física como desfecho.

Existem também as expressões **insuficientemente ativo**, que se refere à prática de AF semanal em menores quantidades do que as recomendadas; **indivíduos altamente ativos**, que realizam ≥ 300 minutos de atividades por semana; e **sujeitos ativos**, que cumprem as recomendações propostas (150 a 300 minutos por semana) (GIROIR, 2018; HAILEAMLAK, 2018). Já o **comportamento sedentário** pode ser definido como uma atividade de baixo gasto calórico ($\leq 1,5$ equivalentes metabólicos - MET), desempenhada nas posições deitado, sentado ou reclinado enquanto acordado, quantificada principalmente pelos indicadores tempo sentado e tempo de tela (TREMBLAY et al., 2017; THIVEL et al., 2018; RAHMAN et al., 2020).

A inatividade física (IF) é um fator de risco para diversas DCNT, dentre elas: a HAS, o

DM, os TMC e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Estudos epidemiológicos mostram que a inatividade física aumenta a incidência de doença arterial coronariana (45%), infarto agudo do miocárdio (60%), HAS (30%), câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), DM (50%) e osteoporose (59%). As evidências também indicam que a IF está diretamente associada à mortalidade, a obesidade, maior incidência de quedas e debilidade física em idosos, dislipidemia, depressão, demência, ansiedade e alterações de humor (GUALANO et al., 2011; WHO, 2018; SOUZA et al., 2019).

Dados do estudo sobre a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) apontam que, na última década, o Brasil registrou um aumento de 29% dos brasileiros que praticam AF. Desta forma, a prevalência de adultos ativos passou de 30,3%, em 2009, para 39,0%, em 2019. Na mesma investigação observou-se que em todas as cidades estudadas, os homens (46,7%) praticavam mais AF no lazer do que as mulheres (32,4%). Referente aos adultos inativos, aqueles que não praticaram nenhuma AF no tempo livre nos últimos três meses, a prevalência foi de 13,9%. Esse percentual aumenta com a idade, ou seja, de 12,9% na faixa de 18 a 24 anos e 31,8% nos adultos com 65 anos ou mais (VIGITEL, 2020; IBGE, 2020).

A PNAD (2008), com amostra de 292.553 pessoas, mostrou que a prevalência de AF nos níveis recomendados no lazer foi de 10,5%, o mesmo percentual de indivíduos que relataram deslocamento ativo para o trabalho. Além disso, houve relação direta entre escolaridade e AF no lazer e inversa entre escolaridade e AF no deslocamento. Um em cada cinco brasileiros não pratica qualquer tipo AF e, um em cada três assiste, em média, 3 horas ou mais de televisão por dia (IBGE, 2010).

Entre trabalhadores, há de se ponderar que a execução de AF de forma regular configura-se como um relevante aliado à saúde diante dos fatores estressantes das rotinas da vida e do trabalho, apresentando-se como meio de proteção e promoção de saúde, em virtude da sua relação com a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo nos aspectos inerentes à saúde física e psíquica, proporcionando, conseqüentemente, o alívio do estresse e das tensões advindas da vida em todos os seus aspectos. Entretanto, entre tal população, a possibilidade de execução parece andar nos passos contrários das discussões teóricas. Essa inatividade é frequentemente justificada em razão das transformações no mundo do trabalho, pelas longas jornadas laborais, pelas transformações tecnológicas e pelo lazer hipocinético (SILVA et al., 2018; HARVEY et al., 2018; WHO, 2020; KANDOLA et al., 2020; MÉNDEZ-GIMÉNEZ et al., 2021).

Em pesquisa realizada por Rocha et al., com o objetivo de avaliar nível de AF entre funcionários de uma instituição de ensino superior da Bahia, utilizando-se um questionário

padronizado contendo o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), além de questões sociodemográficas e ocupacionais, estimou-se uma prevalência de 50,6% para sujeitos ativos fisicamente. Não obstante, a prevalência de IF apresentou-se elevada entre os entrevistados e com maior frequência em indivíduos com características sociodemográficas específicas (ROCHA et al., 2011). Em pesquisa realizada por Rocha et al., com o objetivo de avaliar nível de AF entre funcionários de uma instituição de ensino superior da Bahia, utilizando-se um questionário padronizado contendo o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), além de questões sociodemográficas e ocupacionais, estimou-se uma prevalência de 50,6% para sujeitos ativos fisicamente, considerando os quatro domínios (lazer, doméstico, deslocamento e trabalho). Não obstante, a prevalência de IF apresentou-se elevada entre os entrevistados e com maior frequência em indivíduos com características sociodemográficas específicas (ROCHA et al., 2011).

No Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), no que se refere à prática semanal de AF no lazer, quase 80% dos indivíduos a praticavam de forma insuficiente, e menos de 10% de forma vigorosa, apresentando-se similar a distribuição da AF por gênero. No total, 64% dos participantes não referiram praticar AF de acordo com a recomendação da OMS e a mediana do tempo total de AF foi de 60 minutos por semana para população total (SILVA et al., 2016).

Ressalta-se que o IPAQ, desenvolvido em 1997 como um instrumento de rastreamento, é utilizado para mensurar o nível de AF habitual de indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, contemplando múltiplos domínios: trabalho, atividades domésticas, lazer e locomoção. Este instrumento permite estimar o tempo gasto (duração e frequência semanal) em caminhadas, atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa e sentado, durante a semana e nos finais de semana, sendo considerado um primeiro esforço para se desenvolver um instrumento adequado para vigilância global da AF. A partir das respostas ao IPAQ, os indivíduos são classificados de acordo com o nível de AF (ativo ou não ativo) (BAUMAN et al. 2009; SEBASTIÃO; GOBBI, 2009).

Nesse contexto, a execução de AF de forma regular configura-se como um relevante aliado à saúde diante dos fatores estressantes da rotina do trabalho apresentando-se como fator de proteção e promoção de saúde, em virtude da sua relação com a qualidade de vida e bem-estar nos aspectos inerentes à saúde física, psíquica e cognitiva, proporcionando, conseqüentemente, o alívio do estresse e das tensões advindas da vida em todos os seus aspectos (KANDOLA et al., 2020; MÉNDEZ-GIMÉNEZ et al, 2021).

Evidências sugerem que a prática regular da AF pode reduzir o risco de início, da

gravidade e também da recaída dos sintomas depressivos. Há de se ponderar que, apesar dos indicadores científicos, o efeito protetor da AF, no que se refere à frequência, intensidade e duração da sua ocorrência, se mostra ainda inconsistente. A despeito das recomendações de saúde pública da OMS para a prática de, pelo menos, 150 a 300 minutos semanais de AF de intensidade moderada ou vigorosa que o equivalha, estudos apontam para o fato de que qualquer tipo de AF, incluindo a atividade leve, principalmente entre os adultos com baixa aptidão, realizada como parte do trabalho, esporte e lazer ou transporte por, no mínimo, 10 minutos diários, contribuem para a geração de benefícios e mitigação dos riscos à saúde entre os indivíduos de comportamento sedentário (HARVEY et al., 2018; WHO, 2020; KANDOLA et al., 2019; KANDOLA et al., 2020; MÉNDEZ-GIMÉNEZ et al., 2021).

Obesidade

Daudt e Bozzetti (2013) definem, resumidamente, a obesidade como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas. O Brasil, assim como vários países do mundo, vem enfrentando o aumento do sobrepeso e da obesidade. Atualmente, em função da sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias (DAUDT; BOZZETTI, 2013; BRASIL, 2012a).

O aumento de 10% na gordura corporal reflete de forma significativa na elevação da PA. A HAS, a qual está associada a fatores familiares, genéticos e ambientais e que acomete jovens adultos de 20 a 45 anos, prevalece seis vezes mais em obesos do que em não obesos. Além disso, o excesso de peso é também um fator de risco para outros problemas de saúde, tendo associação com alguns tipos de câncer, como de cólon, reto, próstata, mama, ovário e endométrio (BRASIL, 2012a; DAUDT; BOZZETTI, 2013).

Os dados do VIGITEL (2011) são alarmantes, indicando que a proporção de pessoas acima do peso no Brasil avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011. No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8%. Em 2006, 47,2% dos homens e 38,5% das mulheres estavam acima do peso ideal. Em 2011, as proporções subiram para 52,6% e 44,7%, respectivamente. Entre a população participante da pesquisa com 18 a 24 anos, 29,4% apresentaram um índice de massa corporal (IMC), maior ou superior a 25Kg/m², ou seja, acima do peso ideal. Já a proporção em homens com diferença etária de apenas 10 anos (idades entre 25 e 34 anos) quase dobra, atingindo 55% da população masculina. Na faixa etária de 35 a 45 anos, a porcentagem alcança 63% dos homens brasileiros (BRASIL, 2012a).

O acelerado crescimento do excesso de peso em todas as faixas etárias e de renda deixa

clara a necessidade de medidas de controle e prevenção do ganho de peso. Se essas ações não forem implementadas, estima-se que, em vinte anos, cerca de 70% dos brasileiros estarão com excesso de peso no Brasil (BRASIL, 2012a).

Tabagismo

O tabagismo é considerado a segunda causa de morte evitável no mundo. Estima-se que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, entre as quais 200 milhões de mulheres, sejam fumantes, sendo a prevalência de 25% na população adulta norte-americana, aproximadamente, a mesma prevalência encontrada em estudo realizado em São Paulo, que evidenciou prevalência de 24% (LOPES, 2011).

A cada ano, morrem cerca de 6 milhões de pessoas no mundo devido ao consumo dos produtos derivados do tabaco. No Brasil, cerca de 200.000 mortes/ano são decorrentes do tabagismo. Se as tendências atuais da expansão do tabagismo continuarem a crescer, presume-se que, em 2030, ocorrerão 8 milhões de mortes no mundo em consequência deste hábito (DBHA, 2016).

A idade média para início do consumo de tabaco está entre 13 e 14 anos, porém, a vulnerabilidade para dependência não está relacionada apenas à idade, mas, também, a outros aspectos como uso do tabaco pelos pais, colegas mais velhos e influência da mídia, haja vista, esses são considerados fatores preditores de seu consumo. Já a expectativa de vida de um indivíduo que fuma grande quantidade de cigarros é 25% menor que a de um não fumante (CREMESP/AMB, 2003). Entre as 25 doenças causadoras de morte, relacionadas ao hábito de fumar, têm-se as doenças cardiovasculares (43%), câncer (36%), doenças respiratórias (20%) e outras (1%) (MARQUES et al., 2001).

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Em avaliação por Medida Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA) a PA de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo (COSTA, 2009).

No Brasil, de acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizada em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência do tabagismo variou de 12,9% a 25,2% nas cidades estudadas. Os homens apresentaram prevalências mais elevadas do que as mulheres, em todas as capitais. Essa pesquisa também mostrou que a concentração de fumantes é maior entre as pessoas com menos de oito anos de estudo (INCA, 2003). De acordo com Silva et al., 2008, o número de anos de estudo, o nível de

renda e a classificação no emprego influenciam a prevalência do tabagismo. Além disso, este comportamento é visivelmente maior nas áreas rurais, quando comparado com áreas urbanas, destacando-se, também, o maior consumo de cigarro de palha nesse local.

Em estudo realizado entre trabalhadores técnico-administrativos em educação de uma universidade pública do Estado de Minas Gerais, verificou-se que 63,5% dos servidores nunca fumaram; 24,3% já fumaram, mas abandonaram o consumo e 12,2% faziam uso do tabaco por cigarro, cachimbo, charuto ou cigarro de palha (SALAZAR; SILVA, 2014). Observou-se, em outros estudos que buscavam identificar o uso do tabaco entre servidores públicos, um declínio no consumo do tabaco quando comparado aos resultados anteriores. Mota e Souza, estudo realizado com servidores públicos de uma universidade pública de Cuiabá, estimaram uma prevalência de 14,1% para o uso de tabaco entre técnicos e docentes (MOTA; SOUZA, 2011). Já Ribaldo e Donato, identificaram que 46,16% dos servidores técnico-administrativos de uma universidade pública do interior do Estado de São Paulo fizeram uso do tabaco em algum momento na vida e 13,95% mantinham o hábito (RIBALDO; DONATO, 2011).

Em função deste quadro, o combate ao consumo do tabaco tem sido priorizado na maioria dos países desenvolvidos, através dos mais diversos programas de intervenção, que visam a redução da prevalência de fumantes, como também a prevenção do uso do cigarro entre crianças e adolescentes.

Consumo abusivo de álcool

A Organização Mundial da Saúde aponta o consumo de álcool como um dos graves problemas de Saúde Pública na atualidade, ocupando a terceira posição entre os principais fatores de risco de saúde no mundo. Estima-se que existam cerca de dois bilhões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas, 76,3 milhões fazem uso de álcool com diagnóstico de transtorno mental (dependência), representando 4% do total de todos os anos perdidos de vida útil (WHO, 2011).

O uso nocivo de álcool foi responsável por 3,8% do índice de mortalidade mundial, sendo considerado um dos principais fatores de risco para os transtornos neuropsiquiátricos e doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, cirrose hepática e alguns tipos de câncer (WHO, 2011). O padrão de consumo de álcool pesado e esporádico atinge 11,5% dos seus consumidores, sendo responsável por sérios problemas de saúde, conforme afirma o relatório global de 2010 sobre esta bebida. O consumo per capita de álcool no mundo fica entre 4,3 e 4,7 litros por ano, sendo que, na Europa, esse índice é de 9,5 litros. Nas Américas houve uma estabilização nos últimos anos em cerca de 6,7 litros (WHO, 2010).

No Brasil, o padrão de uso de álcool apresenta índices preocupantes. Em média, são consumidos seis litros desta bebida pura per capita ao ano. O padrão de risco é um dos mais altos do mundo, com consequências agudas muito prevalentes, como violência e acidentes, mas também as crônicas, pois parte significativa das pessoas bebe em excesso ou se torna dependente (OPS, 2008). Além disso, há uma descrença pela possibilidade de melhora dos pacientes em relação aos problemas relacionados ao uso desta bebida. A abordagem na área de prevenção e promoção do consumo nocivo e abusivo de álcool, raramente, é colocada em prática nos serviços de saúde, onde se abordam, em sua maioria, os pacientes já dependentes desta droga (JOMAR, 2012; BRITES et al., 2014). Nesse sentido, autores apontam que o consumo elevado de álcool diminui o desempenho do trabalhador, o que resulta no aumento do desemprego e em baixos rendimentos, em comparação com o uso em menor quantidade e frequência. Esse consumo acarreta problemas na organização do processo de trabalho (BRASIL, 2009; BRITES et al., 2014). Muitas vezes, o consumo é feito para se tentar fugir do sofrimento mental e da sobrecarga emocional, ligadas ou decorrentes das condições de trabalho e pela organização do trabalho imposta pela empresa, tornando o consumo uma saída, o que induz a quadros graves de dependência alcoólica (BRITES et al., 2014).

Lopes e Gherardi-Donato, 2011, em estudo realizado entre servidores técnico-administrativos de uma universidade pública, estimaram, a partir da aplicação do *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, uma prevalência de 13,19% para o uso problemático de álcool, com 27,35% de abstêmios. O consumo excessivo episódico (*binge drinking*) foi de 36,75%, além disso, 5,8% já causaram problemas a si ou a outros após terem bebido e 6,2% referiram que algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o seu modo de beber.

O AUDIT foi desenvolvido para ser usado como instrumento de rastreamento de uso de risco, uso nocivo e dependência de álcool. O mesmo é composto por dez questões graduadas de zero a quatro, enfatizando a identificação de distúrbios atuais (últimos anos), avaliando padrão de consumo de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao seu uso (LOPES; GHERARDI-DONATO, 2011, apud REINERT et al., 2002)

Essa problemática remete à necessidade de viabilizar estratégias, dentro da realidade de cada serviço, para a promoção da saúde e a prevenção de doenças do trabalhador, a fim de amenizar os problemas decorrentes do consumo abusivo de álcool para o trabalhador, para a família e para a empresa.

JUSTIFICATIVA

O entendimento do processo de adoecimento e afastamento dos trabalhadores técnico-administrativos da UNEB pode contribuir para os debates e reflexões acerca das possibilidades de alterações do processo de organização do trabalho. Apesar da importância desses profissionais para o atendimento e para o desenvolvimento dos demais trabalhos que devem ser realizados na universidade, incluindo tarefas de cunho burocrático e gestão dos serviços, entre outras, não foram localizados estudos que avaliassem suas condições de saúde. Deste modo, não são conhecidas a frequência dos fatores de risco a que estão expostos e suas consequências, tanto em termos de sintomas musculoesqueléticos, quanto em termos de sintomas depressivos.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Identificar as condições de saúde de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

Objetivos Específicos:

1. Estimar a prevalência e os fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil;
2. Investigar a associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil;
3. Investigar a associação entre sintomas depressivos e inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do estudo da tese

Trata-se de uma investigação com delineamento transversal desenvolvida a partir dos dados do Estudo **Condições de saúde de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia (Estudo COSTTA)**. Este estudo buscou abranger dados dos 29 Departamentos inseridos nos 24 *Campi* da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, e teve seu planejamento realizado no ano de 2017 e a coleta de dados entre os anos de 2018 e 2019.

População e amostra

A população de elegíveis para o estudo foi constituída de servidores públicos ativos, efetivos e terceirizados, contratados como profissionais técnicos e analistas universitários. Foram incluídos todos que tinham tempo mínimo de um ano de trabalho na função e que aceitaram, voluntariamente, responder o instrumento de pesquisa, mesmo em gozo de férias, licenças gestação, médica ou benefício. Foram excluídos os estagiários, as mulheres grávidas e os que não foram localizados em seus postos de trabalho ou aqueles que se recusaram, por mais de duas oportunidades, a fazer o agendamento.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerado o número total de trabalhadores técnico-administrativos efetivos (1.117) em todos os 24 *campi* e 29 departamentos, somados aos terceirizados (673), totalizando 1.790 funcionários. Foram utilizados como parâmetros para o referido cálculo a prevalência de transtornos de saúde de 28,8%, que inclui DCNT e TMC, o poder do estudo de 80%, intervalo de confiança de 95%, uma *Odds Ratio* de 1.84, totalizando 515 trabalhadores. Em função de possíveis perdas e recusas planejou-se incluir um acréscimo de 10%, totalizando 566 funcionários. Todavia, em função da pandemia da COVID-19, foi necessário realizar o estudo apenas no Campus I em Salvador, considerando então para os cálculos amostrais o quantitativo de 715 servidores. Os cálculos foram realizados no pacote estatístico StatCalc do Epi-Info®.

Coleta de dados

Os dados primários foram coletados com aplicação de formulários face-a-face e no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019 pelos pesquisadores participantes do estudo, agendadas nos horários de conveniência do trabalhador. Após esta etapa inicial, **todos os servidores** foram convidados a participar da avaliação antropométrica realizadas por entrevistadores treinados, especificamente, para tal finalidade. Um estudo piloto foi realizado

com servidores técnico-administrativos de outra instituição de nível superior, tendo como objetivo testar a compreensão das perguntas do questionário, bem como treinar os pesquisadores para sua aplicação. Após a finalização destas medidas todos foram convidados a retornarem, em jejum de 12 horas, em data previamente marcada, para a realização de exames laboratoriais.

Foi aplicado um instrumento padronizado, composto por blocos de questões sobre características sociodemográficas, clínicas, psicossociais, especialmente saúde mental no trabalho, relativas ao estilo de vida e características do trabalho.

Variáveis selecionadas para estudo

Varáveis independentes (co-variáveis)

No bloco de variáveis sociodemográficas, foram incluídas o sexo, a idade em anos e a cor da pele branca e preta ou parda, definida pelo entrevistador e classificada de acordo com o IBGE, 2013. A escolaridade foi categorizada em pós-graduação stricto sensu, graduação e em ensino fundamental. A situação conjugal foi definida considerando a existência ou ausência de companheiro. A classificação da renda mensal foi definida em reais como $> 2.800,00$ e $\leq 2.880,00$. Com relação às variáveis ocupacionais, foi questionado o tempo de trabalho na instituição, avaliado em > 15 anos e ≤ 15 anos, setor de lotação, categorizado em administração central e setores acadêmicos, além da ocupação ou não de cargo de chefia. Para avaliação dos itens organização do trabalho, condições de trabalho e as relações socioprofissionais dos trabalhadores, foram empregadas as variáveis existência de normas rígidas para a execução das tarefas, insuficiência de pessoas para a realização das tarefas, existência de disputas profissionais no local de trabalho, ausência de tempo para realização de pausas de descanso, existência divisão entre quem planeja e quem executa as tarefas e distribuição injusta de tarefas do trabalho, todas elas analisadas dicotomicamente (MENDES; FERREIRA, 2007).

Quanto às variáveis clínicas, foram verificadas a existência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Para avaliação da pressão arterial três medidas foram realizadas pelo mesmo pesquisador, ambas no braço esquerdo, respeitando o intervalo de 1 minuto entre elas e com o esfigmomanômetro adulto da Omhon®. Foram classificados como hipertensos aqueles cujas médias das medidas de pressão fossem iguais ou superiores a 140 mmHg e 90 mmHg para sistólica e diastólica respectivamente. Foram considerados diabéticos aqueles, cujo valor de referência foi ≥ 126 mg/dl, a partir dos resultados da glicemia de jejum.

Para identificação da presença de transtorno alimentar, a compulsão alimentar foi avaliada por meio do questionário baseado no *Structured Clinical Interview for DSM-IV-*

SCID-I/P para os diagnósticos de Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (DSM-IV, 1995). Em estudo desenvolvido por Siqueira et al., a medida do Alpha de Cronbach indicou um grau elevado de consistência interna (0,92 -excelente), o que garantiu a confiabilidade desta escala. O Kappa mostrou boa coincidência intra-examinador e inter-examinador (SIQUEIRA et al., 2015).

As modificações observadas entre as versões do DSM-IV para o DSM-V, com relação a bulimia e transtorno de compulsão alimentar, incluem redução de tempo de duas vezes por semana durante 6 meses para uma vez por semana durante 3 meses para este último. Já para bulimia, ocorreu a diminuição de duas vezes por semana, para, pelo menos uma vez por semana, do sintoma de compulsão com comportamento compensatório. Deste modo, a adoção do parâmetro do DSM-IV pode ter contribuído para uma subnotificação dos transtornos alimentares em questão. Todavia, tais transtornos não se mostraram associados a nenhum dos desfechos investigados, não dispensando, porém, a futura racategorização para os parâmetros atuais e posterior reanálise dos dados.

A altura foi determinada em metros por um estadiômetro portátil MD[®] e escala de medida de 0,1 cm, com o indivíduo descalço, em ortostase, coluna ereta e com os membros superiores ao longo do corpo. Os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a parede e o entrevistado direcionando seu olhar para frente com a cabeça livre de penteados, tranças e adereços, sendo feita uma leve compressão, suficiente para o cabelo não interferir na medida. O peso foi obtido com auxílio de uma balança calibrada digital Wiso[®] com precisão de 100g e o indivíduo instruído a posicionar-se em pé e parado, no centro da balança, descalço e livre de objetos nas mãos e bolsos. O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi obtido a partir da razão entre peso corpóreo (kg) e estatura (m²) dos indivíduos. Através deste parâmetro, foi considerado sobrepeso/obesidade indivíduos com o IMC maior que 25 kg/m².

Investigou-se ainda como o trabalhador avaliava sua qualidade de vida, bem como o seu nível de saúde e estas foram categorizadas em boa/muito boa e em regular/ruim/muito ruim. Com relação aos hábitos de vida, foi verificado se os mesmos fumavam à época da coleta, ou seja, nos trinta dias antecedentes à pesquisa.

Com o objetivo de identificar o uso abusivo de bebidas alcoólicas, foi utilizado o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1992, traduzido e validado no Brasil em 2001 (NIAAA, 2000). No presente estudo, adotaram-se os pontos de corte de < 8 para abstinentes ou bebedores eventuais e ≥ 8 pontos para aqueles que bebiam de modo abusivo ou que apresentavam consumo de risco.

Variáveis dependentes

Sintomas depressivos

As questões de saúde mental dos entrevistados foram analisadas pelos dados fornecidos através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Primeiro instrumento desenvolvido especificamente para o rastreamento da depressão nos cuidados primários de saúde, o PHQ-9 apresentou, em estudo desenvolvido em 2016, correlações de rho de 0,387 ($p < 0,000$) estimadas pelo Teste de Spearman, confiabilidade Kappa de 0,41 ($p < 0,001$), o que indica sua capacidade de rastreio de sintomas depressivos (SPITZER et al., 1999; MATIAS et al., 2016). Tal instrumento é composto por nove itens que podem variar de 0 a 27 pontos no total. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3, correspondendo às respostas "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente.

A análise é feita considerando a pontuação total das respostas, os participantes que tiveram pontuação igual ou maior que 10 foram identificados com suspeição de sintomas depressivos. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar. Este é um instrumento de aplicação rápida, podendo ser até autoaplicável, caracterizando-se como uma vantagem em estudos do tipo epidemiológico, graças a sua sensibilidade e especificidade (SANTOS et al., 2013).

Sintomas musculoesqueléticos

Com o objetivo de avaliar a frequência da dor musculoesquelética, foi aplicado o *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (NMQ), adaptado culturalmente para a língua portuguesa em 2003, apresentando uma confiabilidade variando de 0,88 a 1, estimada pelo Índice Kappa (BARRO; ALEXANDRE, 2003). Já em estudo desenvolvido em 2010, observou-se, através do Índice Kappa, que a maior parte da correlação de coeficientes ficaram entre 0,8 e 1, mostrando a existência de uma associação forte a muito forte, indicativo de bons níveis de confiabilidade teste-reteste. O coeficiente de confiabilidade de Kuder-Richarson apresentou um coeficiente de correlação de 0,855, indicativo de boa consistência interna (MESQUITA, et al. 2010). O NMQ não é indicado como base para diagnóstico clínico, mas para a identificação de sintomas musculoesqueléticos, sendo, portanto, importante instrumento de diagnóstico do ambiente de trabalho para elaboração de medidas preventivas, o qual relata a ocorrência dos sintomas considerando os 12 meses e os sete dias precedentes à entrevista, assim como a ocorrência de afastamento das atividades rotineiras no último ano. As regiões anatômicas questionadas são:

pescoço, ombros, costas (parte superior), cotovelos, punhos/mãos, costas (parte inferior), quadril/ coxas, joelhos e tornozelos/pés (KUORINKA et al., 1987).

Inatividade física

Para classificação do nível de atividade física dessa população foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire versão curt* (IPAQ), o qual considera ativos fisicamente os que praticarem atividade física de intensidade leve, moderada ou vigorosa por mais de trinta minutos em cinco ou mais dias na semana em quatro domínios: atividade doméstica; atividade laboral; deslocamentos e no lazer (MATSUDO et al, 2001). Para este estudo somente foi considerado o nível de atividade física praticada no domínio do lazer, categorizada em ausente e em suficiente ou insuficiente, considerando a quantidade, mínima, de dez minutos praticados diariamente, independente da sua intensidade. Ressalta-se que o IPAQ foi validado em muitos países, incluindo países da América Latina e América Central, mostrando boas propriedades de confiabilidade (ρ 0.8) estimadas pelo Teste de Spearman, e critério de validade moderada (CRAIG et al., 2003).

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, CAAE No 7498.5617.2.20000.5628 por meio da Plataforma Brasil, tendo sido apreciado todos os preceitos éticos de acordo com as normativas da Resolução 466/2012. Os autores preservaram o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes.

Ressalta-se que não foram estabelecidos critérios de inclusão em função de raça, credo, escolaridade ou renda familiar e que a relevância da pesquisa apresenta vantagens significativas para todos os sujeitos envolvidos de acordo com o princípio da justiça, equidade e beneficência.

RESULTADOS

Os resultados desta investigação estão apresentados na forma de artigos e dispostos a seguir:

Estudo I: Fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

Estudo II: Associação entre sintomas musculoesqueléticos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

Estudo III: Associação entre sintomas depressivos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

FATORES ASSOCIADOS AOS SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS EM TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO NORDESTE DO BRASIL

FACTORS ASSOCIATED WITH MUSCULOSKELETAL SYMPTOMS IN TECHNICAL AND ADMINISTRATIVE WORKERS AT A PUBLIC UNIVERSITY IN NORTHEAST BRAZIL

BECK FILHO, J. A.¹

PITTA, A. M. F.²

FRAGA-MAIA, H.³

¹. Universidade Católica do Salvador, Universidade do Estado da Bahia, Brasil.

². Universidade de São Paulo, Universidade Católica do Salvador, Brasil.

³. Universidade do Estado da Bahia, Brasil.

Correspondência para:

Jorge Augusto Beck Filho

Universidade Católica do Salvador

Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589 - Pituáçu, Salvador - BA, Brasil.

CEP: 41740-090

E-mail: jorgebeckfilho@gmail.com ☎(71- 99129.1020)

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência e os fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico analítico de cunho transversal, realizado com trabalhadores técnico-administrativos lotados em uma universidade pública do Estado da Bahia. A coleta foi realizada no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019. Foram realizadas análises multivariadas utilizando-se o modelo de regressão logística não condicional. A partir de parâmetros da regressão logística estimaram-se as medidas pontuais e os intervalos de confiança de 95% bruto e ajustado. Permaneceram no modelo as variáveis que mostraram níveis de significância estatística, segundo um valor de $p < 0,20$.

Definiu-se para o estudo um nível de significância de 0,05. **Resultados:** Preencheram os critérios de elegibilidade 348 servidores, os quais foram convidados a compor a população do estudo, mas compareceram para a realização das entrevistas 301 trabalhadores (86,2%). A prevalência de sintomas musculoesqueléticos foi estimada em 87,0% e os fatores associados, na análise multivariada foram ser do sexo feminino (RP=1,19; IC95% 1,060 – 1,344), referir sintomatologia depressiva (RP=1,12; IC95% 1,038 – 1,211) e ser fisicamente inativo (RP=1,09; IC95% 1,001 – 1,955). **Conclusão:** A prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores técnico-administrativos foi elevada e os principais fatores associados podem ser minimizados por meio do desenvolvimento de atividades que atentem para as características psicofisiológicas e clínicas dos indivíduos. Novos estudos com delineamento longitudinal explorando a causalidade entre as variáveis envolvidas também devem ser estimulados.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Trabalhadores técnico-administrativos; Sintomas musculoesqueléticos; Doenças musculoesqueléticas.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence and factors associated with musculoskeletal symptoms among technical-administrative workers at a public university in northeastern Brazil. **Material and Methods:** This is a cross-sectional analytical epidemiological study, carried out with technical-administrative workers assigned to a public university in the State of Bahia. Data collection was carried out from November 2018 to December 2019. Multivariate analyzes were performed using the unconditional logistic regression model. Based on logistic regression parameters, point measures and 95% confidence intervals, crude and adjusted, were estimated. The variables that showed levels of statistical significance, according to a p-value < 0.20, remained in the model. A significance level of 0.05 was defined for the study. **Results:** A total of 348 civil servants met the eligibility criteria, who were invited to make up the study population, but 301 workers (86.2%) attended for the interviews. The prevalence of musculoskeletal symptoms was estimated at 87.0% and the associated factors in the multivariate analysis were being female (PR=1.19; 95%CI 1.060 – 1.344), reporting depressive symptoms (PR=1.12; CI95 % 1.038 – 1.211) and being physically inactive (RP=1.09; 95%CI 1.001 – 1.955). **Conclusion:** The prevalence of musculoskeletal symptoms in technical-administrative workers was high and the main associated factors can be minimized through the development of activities that address the psychophysiological and clinical characteristics of individuals. New studies with a longitudinal design exploring the causality between the variables involved should also be encouraged

Key-word: Worker health; Technical-administrative workers; Musculoskeletal symptoms; Musculoskeletal diseases

INTRODUÇÃO

O sintoma doloroso no sistema musculoesquelético é a forma mais comum de alerta do corpo humano quando este apresenta alguma lesão ou sobrecarga, configurando-se, dentre as doenças ocupacionais, como um importante problema de saúde pública, sendo um dos mais graves no campo da saúde do trabalhador por favorecer o desequilíbrio físico, psíquico e social (COSTA et al., 2013; LIMA et al., 2020). Caracterizados pela ocorrência de dor, parestesias, sensação de peso e fadiga, os sintomas musculoesqueléticos (SME) são responsáveis por elevados índices de absenteísmo e incapacidade temporária ou permanente, com reflexos negativos na qualidade de vida do trabalhador e nos serviços prestados sob a sua responsabilidade (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012; LIMA et al., 2020). Seus principais fatores de risco relacionam-se com a organização do trabalho, com os fatores ambientais, psicológicos, fisiológicos, biomecânicos e com as possíveis sobrecargas de segmentos corporais em determinados movimentos para a realização de algumas tarefas. Ademais, a repetitividade, o trabalho muscular estático, as posturas inadequadas e prolongadas durante a jornada de trabalho podem também influenciar e comprometer o desenvolvimento das atividades laborais, desencadear enfermidades do sistema musculoesquelético e, conseqüentemente, afastamentos das atividades laborais e aposentadorias precoces. (MAGNAGO et al., 2010; BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012; COSTA et al., 2013).

Dados do Anuário Estatístico da Previdência Social apontam que, no Brasil, entre os anos de 2015 e 2017, foram concedidas 69.625 aposentadorias por invalidez, 7.018 por invalidez acidentária e 1.017.566 auxílios-doença devido às doenças do sistema osteomuscular do tecido conjuntivo (AEPS, 2017). Em análise das cinco maiores causas de afastamentos dos trabalhadores da Universidade de Brasília, as doenças do sistema osteomuscular prevaleceram com 15,2%, seguida dos transtornos mentais e comportamentais com 13,2% (ARAÚJO; HOEFEL; MONTERI, 2012). Almeida e Dimutih, em 2018, ao avaliarem a associação entre sintomas musculoesqueléticos e estresse percebido em 717 servidores públicos de uma universidade federal do Sul do Brasil identificaram uma prevalência elevada (85,6%) destes sintomas em pelo menos uma região avaliada no último ano, sendo pouco menos frequente quando se tratava dos últimos sete dias (70,4%). Cho et al., em estudo realizado com 203 trabalhadores de escritório com alta carga de uso do computador, também estimaram uma elevada prevalência de SME nas regiões de ombro (77,3%), pescoço (75,6%) e parte superior das costas (63,9%), associados ao sofrimento psicológico e grande carga de trabalho (CHO et al., 2012).

Nesse contexto, os trabalhadores técnico-administrativos, os quais desempenham

grande parte do seu ofício na posição sentada com responsabilidades de responderem ao acúmulo de atividades, sendo constantemente submetidos ao estresse, se caracterizam como uma população vulnerável a ocorrência de tais sintomas (MORAES et al., 2017). As dificuldades impostas a esse grupo parecem estar relacionadas aos numerosos fatores psicossociais e de organização do trabalho que se estabelecem em meio à gestão organizacional, sendo o ritmo acelerado da produtividade, imposto pelo capitalismo, um dos fatores principais para o desencadeamento dessa síndrome (ELKELES; SELIGMANN- SILVA, 2010; MORAES et al., 2017).

A despeito da alta prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre os trabalhadores de atividades sedentárias no país e suas consequências para qualidade de vida e trabalho, a investigação sobre a associação destes com aspectos clínicos e relativos a hábitos de vida não tem sido reportada. Deste modo, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico de cunho transversal realizado com trabalhadores técnico-administrativos lotados em uma universidade pública do Estado da Bahia. Foram incluídos aqueles que tinham tempo mínimo de um ano de trabalho na função e que aceitaram, voluntariamente, responder o instrumento de pesquisa, mesmo em gozo de férias, licença gestação, licença médica ou benefício. Foram excluídos os estagiários, as mulheres grávidas e os que não foram localizados em seus postos de trabalho ou recusaram por mais de duas oportunidades a fazer o agendamento.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerado o número total 715 servidores públicos ativos, efetivos e terceirizados, contratados como profissionais de apoio, técnicos e analistas universitários lotados no Campus I, em Salvador. Foi utilizado como parâmetro para o referido cálculo a prevalência de sintomas musculoesqueléticos de 70,0% (TOSCANO et al., 2016), poder do estudo de 80,0% e efeito de desenho de 1. Com estes parâmetros o número amostral estimado foi de 223 trabalhadores. Em função de possíveis perdas e recusas este quantitativo foi acrescido de 10%, totalizando 246 funcionários. Os cálculos foram realizados no pacote estatístico Openepi (www.openepi.com).

Os dados primários foram coletados com aplicação de formulários face-a-face e no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019 pelos pesquisadores participantes do estudo, agendadas para horários de conveniência do trabalhador. Após esta etapa inicial, todos foram

convidados a participar da avaliação antropométrica realizadas por entrevistadores treinados especificamente para tal finalidade. Um estudo piloto foi realizado com servidores técnico-administrativos de outra instituição de nível superior, tendo como objetivo testar a compreensão das perguntas do questionário, bem como treinar os pesquisadores para sua aplicação. Após a finalização destas medidas todos foram convidados a retornarem, em jejum de 12 horas, em data previamente marcada, para a realização de exames laboratoriais.

Foi aplicado um instrumento padronizado, composto por blocos de questões sobre características sociodemográficas, clínicas, psicossociais, especialmente saúde mental no trabalho, relativas ao estilo de vida e características do trabalho. No bloco de variáveis sociodemográficas (Nível 1), foram incluídas o sexo, a idade em anos e a cor da pele branca e preta ou parda, definida pelo entrevistador e classificada de acordo com o IBGE, 2013. A escolaridade foi categorizada em pós-graduação *stricto sensu*, graduação e em ensino fundamental. A situação conjugal foi definida considerando a existência ou ausência de companheiro. A classificação da renda mensal foi definida em reais como $> 2.800,00$ e $\leq 2.880,00$. Com relação às variáveis ocupacionais (Nível 2), foi questionado o tempo de trabalho na instituição, avaliado em > 15 anos e ≤ 15 anos, além da ocupação ou não de cargo de chefia. Para avaliação dos itens organização do trabalho, condições de trabalho e as relações socioprofissionais dos trabalhadores, foram empregadas as seguintes variáveis da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT): existência de normas rígidas para a execução das tarefas, insuficiência de pessoas para a realização das tarefas, existência de disputas profissionais no local de trabalho, ausência de tempo para realização de pausas de descanso, existência de divisão entre quem planeja e quem executa as tarefas e distribuição injusta de tarefas do trabalho, todas elas analisadas dicotomicamente (MENDES; FERREIRA, 2007).

Quanto às variáveis clínicas (Nível 3), foram verificadas a existência de doenças crônicas não transmissíveis. Para avaliação da pressão arterial três medidas foram realizadas pelo mesmo pesquisador, ambas no braço esquerdo, respeitando o intervalo de 1 minuto entre elas e com o esfigmomanômetro adulto da Omhon®. Foram classificados como hipertensos aqueles cujas médias das medidas de pressão fossem iguais ou superiores a 140 mmHg e 90 mmHg para sistólica e diastólica respectivamente. Foram considerados diabéticos aqueles, cujo valor de referência foi ≥ 126 mg/dl, a partir dos resultados da glicemia de jejum. Para identificação da presença de transtorno alimentar, a compulsão alimentar foi avaliada por meio do questionário baseado no *Structured Clinical Interview for DSM-IV-SCID-I/P* para os diagnósticos de Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (DSM-IV, 1995).

A altura foi determinada em metros por um estadiômetro portátil MD[®] e escala de medida de 0,1 cm, com o indivíduo descalço, em ortostase, coluna ereta e com os membros superiores ao longo do corpo. Os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a parede e o entrevistado direcionando seu olhar para frente com a cabeça livre de penteados, tranças e adereços, sendo feita uma leve compressão, suficiente para o cabelo não interferir na medida. O peso foi obtido com auxílio de uma balança calibrada digital Wiso[®] com precisão de 100g e o indivíduo instruído a posicionar-se em pé e parado, no centro da balança, descalço e livre de objetos nas mãos e bolsos. O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi obtido a partir da razão entre peso corpóreo (kg) e estatura (m²) dos indivíduos. Através deste parâmetro, foi considerado sobrepeso/obesidade indivíduos com o IMC maior que 25 kg/m².

As questões de saúde mental dos entrevistados foram analisadas pelos dados fornecidos através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Este instrumento tem como finalidade avaliar a suspeição de sintomas depressivos, tais como humor deprimido, problemas com sono, perda do interesse pelas coisas a serem feitas, falta de energia, mudança de apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, sensação de lentidão ou inquietude forado normal, problemas de concentração e até pensamentos suicidas. O PHQ-9 é composto por nove itens que podem variar de 0 a 27 pontos no total. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3, correspondendo às respostas "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. A análise é feita considerando a pontuação total das respostas, os participantes que tiveram pontuação igual ou maior que 10 foram identificados com suspeição de sintomas depressivos. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar. Este é um instrumento de aplicação rápida, podendo ser até autoaplicável, caracterizando-se como uma vantagem em estudos do tipo epidemiológico, graças a sua sensibilidade e especificidade (SANTOS et al, 2013). Investigou-se ainda como o trabalhador avaliava sua qualidade de vida, bem como o seu nível de saúde e estas foram categorizadas em boa/muito boa e em regular/ruim/muito ruim.

Com relação aos hábitos de vida (*Nível 4*), foi verificado se os mesmos fumavam à época da coleta, ou seja, nos trinta dias antecedentes à pesquisa. Com o objetivo de identificar o uso abusivo de bebidas alcoólicas, foi utilizado o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1992, traduzido e validado no Brasil em 2001 (NIAAA, 2000). No presente estudo, adotaram-se os pontos de corte de < 8 para abstinentes ou bebedores eventuais e ≥ 8 pontos para aqueles que bebiam de modo abusivo ou que apresentavam consumo de risco. Para classificação do nível

de atividade física dessa população foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), o qual considera ativos fisicamente os que praticarem atividade física de intensidade leve, moderada ou vigorosa por mais de trinta minutos em cinco ou mais dias na semana (MATSUDO et al, 2001). No presente estudo, a atividade física foi categorizada em ausente e em insuficiente ou suficiente, considerando a quantidade, mínima, de dez minutos praticados diariamente, independente da sua intensidade.

Com o objetivo de avaliar a frequência da dor musculoesquelética, foi aplicado o *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (NMQ), não indicado como base para diagnóstico clínico, mas para a identificação de sintomas musculoesqueléticos, sendo, portanto, importante instrumento de diagnóstico do ambiente de trabalho para elaboração de medidas preventivas, o qual relata a ocorrência dos sintomas considerando os 12 meses e os sete dias precedentes à entrevista, assim como a ocorrência de afastamento das atividades rotineiras no último ano. As regiões anatômicas questionadas são: pescoço, ombros, costas (parte superior), cotovelos, punhos/mãos, costas (parte inferior), quadril/ coxas, joelhos e tornozelos/pés (KUORINKA et al, 1987).

Os dados coletados foram tabulados no *Microsoft Excel for Windows*® e as análises conduzidas no pacote estatístico *Stata* (v.14.0), onde foram realizadas correções e eliminações de inconsistências. A análise descritiva identificou as características gerais e específicas da população estudada e permitiu a comparação das prevalências de sintomas musculoesqueléticos, segundo as características encontradas. Já as análises bivariadas foram realizadas com o intuito de identificar o conjunto de variáveis que mais se associaram com o desfecho considerando-se o valor do Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher (χ^2). A magnitude da associação em investigação foi estimada pelo cálculo das razões de prevalência (RP), adotando-se o intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

A análise multivariada foi executada conforme o modelo hierárquico definido *a priori* (Figura 1), utilizando-se o valor de $p \leq 0,20$ e a consistência teórica de associação como desfecho como critérios de triagem para inclusão da variável independente (HOSMER JR; LEMESHOW; STURDVANTY, 2013). No primeiro bloco (Nível 1) foram incluídas todas as variáveis socioeconômicas, mesmo aquelas não significativas na análise bivariada. As variáveis significantes nesta análise foram conservadas no modelo e entraram no ajuste do próximo bloco, no caso as ocupacionais (Nível 2). Estas foram introduzidas no modelo simultaneamente, independente de mudanças no valor da significância estatística das variáveis do Nível 1 que já estivessem no modelo. Para os blocos seguintes (Níveis 3 e 4), de variáveis clínicas e relativas aos hábitos de vida, respectivamente, o mesmo procedimento foi empregado. A partir de parâmetros da regressão logística estimaram-se as medidas pontuais e os intervalos de confiança

de 95% bruto e ajustado. Permaneceram no modelo as variáveis que mostraram níveis de significância estatística, segundo um valor de $p < 0,20$. Definiu-se para o estudo um nível de significância de 0,05.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, CAAE No 7498.5617.2.20000.5628 por meio da Plataforma Brasil, tendo sido apreciado todos os preceitos éticos de acordo com as normativas da Resolução 466/2012. Os autores preservaram o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes.

RESULTADOS

Preencheram os critérios de elegibilidade 348 servidores, os quais foram convidados a compor a população do estudo, mas compareceram para a realização das entrevistas 301 trabalhadores (86,2%). A prevalência de sintomas musculoesqueléticos foi estimada em 87,0%, sendo as costas inferior (60,5%), joelhos (59,5%), costas superior (52,8%) e pescoço (52,0%) às estruturas anatômicas do corpo mais acometidas nos últimos 12 meses, à época da coleta de dados (Figura 2).

As características sociodemográficas e ocupacionais, de acordo com os SME estão descritas na Tabela 1. Foram observadas diferenças de proporção estatisticamente significantes de sintomas musculoesqueléticos para indivíduos do sexo feminino ($p < 0,001$) e associação (razões de prevalência) entre SME e os fatores sexo (RP=1,23; IC95% 1,086 - 1,408; $p < 0,001$), falta de tempo para realizar pausas de descanso no trabalho (RP=1,09; IC95% 1,007 - 1,197; $p = 0,119$), e existência de divisão de tarefas entre quem planeja e quem executa, (RP=0,93; IC95% 0,852 - 1,021; $p = 0,128$).

Na Tabela 2 encontram-se retratados os dados da prevalência dos sintomas musculoesqueléticos de acordo com as características clínicas e hábitos de vida. Foi possível observar diferenças de prevalência estatisticamente significantes entre estes e a sintomatologia depressiva ($p = 0,006$), assim como a ausência atividade física ($p = 0,019$), cuja ocorrência foi de 90,0%. Foram estimadas razões de prevalência com valores de p inferiores a 0,20 entre a SME e as variáveis transtorno de compulsão alimentar (RP=0,92; IC95% 0,818 - 1,053; $p = 0,194$), sintomatologia depressiva (RP=1,14; IC95% 0,065 - 1,232; $p = 0,011$), qualidade de vida regular, ruim ou muito ruim (RP=1,08; IC95% 0,998 - 1,118; $p = 0,043$), nível de saúde autorreferida regular, ruim ou muito ruim (RP=1,08; IC95% 0,002 - 1,185; $p = 0,043$) e ausência de atividade física (RP=1,13; IC95% 1,037 - 1,243; $p = 0,023$).

Na Tabela 3 está apresentado o modelo final da regressão logística multivariada com

as variáveis consideradas associadas à ocorrência de sintomas musculoesqueléticos, incluídas por consistência teórica. Observou-se uma razão de prevalência maior para aqueles do sexo feminino (RP=1,19; IC95%: 1,060 - 1,344), para trabalhadores que apresentavam sintomas depressivos (RP=1,12; IC95%: 1,038 - 1,211), bem como para aqueles que não praticavam atividades físicas (RP=1,09 IC95%: 1,001 - 1,955).

DISCUSSÃO

No presente estudo, constatou-se uma elevada prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia. Este resultado corrobora com outras pesquisas realizadas no Brasil em que pesquisadores identificaram percentuais com variação entre 61,2% a 85,6% para SME.

Evidências do alto número de queixas musculoesqueléticas, estimadas com o emprego do mesmo instrumento de medida, foram relatadas em estudo realizado com trabalhadores de escritórios bancários no Kuwait, onde 80% dos participantes indicaram ter sofrido pelo menos 1 episódio de sintomas musculoesqueléticos durante o ano anterior à ocorrência da coleta. As regiões corporais mais afetadas foram pescoço (53,5%), parte inferior das costas (51,1%), ombros (49,2%) e parte superior das costas (38,4%) (AKROUF et al., 2010). Resultados semelhantes foram descritos em pesquisa realizada com servidores públicos de uma universidade federal do Sul do Brasil, onde 85,6% referiram dores localizadas, sendo a região inferior das costas a mais prevalente (55,7%), seguida da região superior (54,1%), ombros (51,3%) e pescoço (49,9%) e joelhos (32,7%) nos últimos 12 meses e nos últimos 7 dias (ALMEIDA E DIMUTIH, 2018). Já Hanna et al., em estudo que objetivou investigar a relação entre níveis de comportamento sedentário, atividade física e dor nas costas e suas correlações psicossociais entre os funcionários da Universidade do Catar, estimaram uma prevalência de 61,2% para dores nas costas no último ano, quando da realização da pesquisa (HANNA et al., 2019).

O resultado apresentado no presente estudo pode ser relativamente concedido ao fato de que as funções exercidas pelos trabalhadores em questão estão voltadas para as atividades sedentárias, equivalendo a longos períodos de permanência em posturas inadequadas e estáticas à frente de um computador. Outros fatores como a realização de tarefas repetitivas e monótonas, mobiliário e equipamentos inapropriados, precarização do ambiente físico laboral, dificuldade de relacionamentos interpessoais, assim como os fatores psicológicos e emocionais relacionados à insatisfação com a função exercida podem também justificar o desencadeamento de tais sintomas e riscos psicossociais evidenciados nos últimos doze meses, a época da calote.

Vale salientar que na referida instituição de ensino lócus desta pesquisa, os fatores psicológicos e emocionais relacionados à insatisfação com o trabalho, tendo em vista as baixas remunerações, podem justificar o surgimento de SME. Da mesma forma, as más condições do ambiente laboral, a pouca autonomia entre os trabalhadores para o desenvolvimento das atividades relativas às suas funções, as incertezas e inseguranças provocadas pela flexibilização das normas e futuras reformas trabalhistas podem também justificar o desencadeamento de tais sintomas e riscos psicossociais evidenciados nos últimos doze meses, a época da coleta .

Ser do sexo feminino mostrou-se estar fortemente associado ao desenvolvimento de SME, confirmando a tendência revelada por estudos epidemiológicos previamente publicados e com contextos bastante semelhantes. Graup e Moro, ao estabelecerem o cenário de ocorrência epidemiológica de morbidades no ambiente de trabalho no Brasil, observaram que as mulheres apresentaram prevalências superiores na maioria das faixas etárias avaliadas. Entretanto, considerando o ano de 2008, na região Nordeste, as mulheres trabalhadoras na faixa etária dos 19 anos apresentaram um risco relativo de desenvolvimento de doenças do trabalho três vezes maior do que os homens (GRAUP; MORO, 2012). Segundo estes mesmos autores, as doenças do trabalho de origem musculoesqueléticas mais prevalentes foram a sinovite e tenossinovite em ombros, predominantemente entre trabalhadores que desenvolviam a função de “escriturário”. Costa et al. destacaram que entre os profissionais de uma instituição de nível superior na Bahia que desempenhavam atividades laborais na área administrativa, os indivíduos do sexo feminino com idade menor ou igual a 38 anos, apresentaram maior prevalência de SME na região lombar (56,4%) nos últimos doze meses (COSTA et al., 2013). Estes dados foram também corroborados por Silva et al. em uma instituição de nível superior em Pernambuco em que os SME foram mais frequentemente identificados entre indivíduos do sexo feminino nos últimos dozes meses (68,0%), despontando-se as regiões cervical e ombros como as mais afetadas. Os autores, creditam a alta prevalência de sintomatologia musculoesquelética entre o sexo feminino ao fato de uma maior flexibilidade muscular, das alterações hormonais durante a puberdade, bem como da maturação mais precoce que caracteriza este gênero. (SILVA et al., 2016).

Diversos fatores podem justificar o resultado encontrado no presente estudo, tais como, o crescente do número de mulheres no mercado de trabalho, as altas demandas e acúmulo de funções no ambiente laboral, na maioria das vezes em posição de profissionais executoras e não planejadoras das tarefas, somados às sobrecargas dos diferentes papéis sociais que desempenham, sem se distanciarem das responsabilidades domésticas e familiares, suportando, frequentemente e injustamente, uma proporção de conflitos e culpas na conciliação

das atividades. Observa-se também que a restrição de pausas dentro do tempo efetivo de trabalho para descanso e recuperação psicofisiológica, além da ausência do preparo físico adequado para o desenvolvimento de determinadas atividades e as condições hormonais, parecem tornar as mulheres mais suscetíveis aos desgastes musculoesqueléticos.

O atual estudo também revelou uma maior proporção de SME entre os trabalhadores que apresentavam sintomas depressivos. Sobre esse resultado, estudos epidemiológicos têm demonstrado prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de atividades sedentárias. Marques et al., ao analisarem as causas das licenças médicas apresentadas pelos trabalhadores em uma universidade pública, estimaram uma ocorrência de 29,7% para os afastamentos relacionados aos transtornos mentais e comportamentais, seguido por 29,5% por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, representando, no período analisado, em conjunto, 59,2% das ausências ao trabalho. Entretanto, para estes autores, a predominância de tais desfechos entre a população estudada não se deve a fatores isolados, mas sim pela conjugação entre o ambiente laboral, o corpo e a mente (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011). Já Bastos et al., observaram que os transtornos mentais foram a principal causa de afastamento no trabalho entre servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, o que correspondeu a 23,0% do total de afastamentos por tratamento de saúde, totalizando 5.081 dias perdidos de trabalho no período do estudo. Ressalta-se que as doenças musculoesqueléticas representaram 15,0% do total de afastamentos entre esta mesma população. Para esses autores, os resultados obtidos sustentam que a concepção de saúde mental e o trabalho são indissociáveis no aspecto de produtividade e eficiência no serviço público (BASTOS et al., 2018). Em estudo realizado por Setto et al., com o objetivo de caracterizar as condições de saúde autorreferidas por docentes e servidores técnico-administrativos de uma universidade pública da região Sudeste do Brasil, observou-se uma prevalência de 37,3% para as doenças osteomusculares/tecido conjuntivo e de 28,4% para os transtornos mentais e comportamentais entre os servidores insatisfeitos com o trabalho, apresentando-se como duas das principais causas de atestado médico, nos últimos 12 meses (SETTO et al., 2020). Para tais pesquisadores, a descarga emocional excessiva somada a fatores psicossociais pode ter sido os precursores dos SME.

O resultado obtido no estudo em questão pode ser justificado, em virtude de a sintomatologia musculoesquelética variar de acordo com as especificidades e atividades desenvolvidas pela categoria profissional em questão, sendo a sua ocorrência de natureza multifatorial, conjugação entre o ambiente laboral, o corpo e a mente. Desta forma, as injúrias biológicas, mecânicas e psicológicas advindas do ambiente e do crescimento da demanda por

novas formas de organização do trabalho, a insatisfação com a atividade desempenhada, além dos fatores individuais, colaboraram para o adoecimento físico e psíquico o que levará ao comprometimento das atividades diárias e a qualidade de vida do trabalhador.

Dados obtidos neste estudo apontam a associação da ocorrência de SME com a inatividade física. Tal informação pode ser ratificada em pesquisa realizada por Barbosa et al. que, ao focalizarem uma amostra de 1.191 trabalhadores da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, encontraram uma maior prevalência de distúrbios musculoesqueléticos entre grupo que relatou baixa frequência ($<0,05$) ou ausência de atividade física ($p<0,01$), sendo respectivamente 19,0% e 27,0% (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012). Em análise dos distúrbios osteomusculares, da qualidade de vida, da capacidade para o trabalho e das condições ergonômicas dos funcionários de uma universidade pública em Goiânia, Fantinati e Prudente, identificaram uma prevalência de 68,0% para inatividade física entre a população estudada, bem como relatos de dor tanto nos membros superiores, quanto nos inferiores durante o último ano, sendo a coluna lombar a parte do corpo com maior incidência (40,5%) (FANTINATI; PRUDENTE, 2014). Já Toscano, em pesquisa, cujo principal objetivo foi estimar a prevalência de dor e verificar a associação entre esse desfecho com a prática suficiente de atividade física de lazer e o tempo prolongado de comportamento sedentário em servidores públicos de uma cidade do Nordeste do Brasil, observaram que 64,7% dos servidores da amostra eram inativos fisicamente e 76,3% referiram dor crônica. O comportamento sedentário verificado por meio das variáveis de assistência à TV e o tempo sentado no trabalho se mostram significativos entre os que relataram a presença de dor ($p<0,05$) (TOSCANO, 2016).

A realização de atividade física de forma regular configura-se como um aliado importante para o restabelecimento da saúde diante dos fatores estressantes impostos pela rotina do trabalho. Entendida como fator de proteção e promoção da saúde, a mesma relaciona-se à qualidade de vida do indivíduo nos aspectos inerentes a sua saúde física, psíquica e cognitiva, proporcionando, conseqüentemente, o alívio de estresses e tensões oriundas da rotina laboral. Entretanto, pondera-se que a capacidade para prática de atividade física, entre a população estudada, pode encontrar-se comprometida, tendo em vista as limitações provocadas pelos SME, como redução da força muscular e uma percepção negativa da saúde, além das características das atividades ocupacionais, como tempo da jornada e intensidade diária do trabalho que podem limitar o período de tempo livre e influenciar na disposição ao fim do dia, e outros fatores psicológicos e psicossociais que se associam aos hábitos de vida dos trabalhadores.

Considera-se como ponto forte do presente estudo, a coleta de dados primários realizada

face-a-face com aplicação de questionários validados para o idioma português do Brasil, assim como a formação de uma equipe multiprofissional, submetida a treinamentos quanto à aplicação do instrumento e das avaliações físicas necessárias. Complementa as vantagens a realização de um estudo piloto para calibrar os envolvidos e verificar o entendimento do instrumento de pesquisa.

Apesar de inúmeras tentativas de agendamentos para entrevistas terem sido realizadas, no sentido de permitir a participação de todos os trabalhadores, há que se ponderar a possibilidade da exclusão de servidores, principalmente aqueles afastados por condições crônicas. Deste modo, o fato de se privilegiar a inclusão dos que estavam no exercício ativo da profissão, pode ser considerado uma limitação do estudo e caracterizar o viés do trabalhador sadio. Da mesma maneira, a seleção da amostra realizada unicamente no campus da cidade de Salvador, em decorrência do embargo da continuidade da coleta pela pandemia de Covid-19, deflagrada no Brasil a partir de março de 2020, pode ser também apontada como limitação do estudo. Nesse sentido, os trabalhadores técnico-administrativos das demais 23 sedes da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) não foram contemplados, o que pode representar a não veracidade do que é vivenciado por esta população na sua totalidade.

CONCLUSÕES

A prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia foi elevada e os principais fatores associados foram ser do sexo feminino, apresentar sintomas depressivos e ser fisicamente inativo. Entende-se, como mandatório, que os impactos desses fatores sejam minimizados através da criação e padronização de programas institucionais de promoção, prevenção e assistência à saúde que atentem para as características psicofisiológicas e clínicas dos indivíduos, como algo orgânico às suas vidas de trabalho. Tais condições são produtoras de vulnerabilidade no ambiente laboral, sendo essencial uma atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, de maneira a influenciar positivamente no processo de trabalho e na saúde do trabalhador. Novos estudos com delineamento longitudinal explorando a causalidade entre as variáveis envolvidas também devem ser estimulados.

REFERÊNCIAS

- AEPS – Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília: MPS, ISSN 0104-8139, 2017.
- AKROUF, Q. et al. Musculoskeletal disorders among bank office workers in Kuwait. *Eastern Mediterranean Health Journal*, v. 16, n.1, 2010. doi: 10.26719/2010.16.1.94.
- ALMEIDA, L. M. S.; DUMITH, S. C. Associação entre sintomas osteomusculares e estresse percebido em servidores públicos de uma Universidade Federal do Sul do Brasil. *Br J Pain*. São Paulo, 2018 jan-mar; 1(1): 9-14.
- ALVES, M. G. M. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. *Rev. Saúde Pública*, 2004; 38(2): 164-71.
- ARAÚJO, J. P.; HOEFEL, M. G. L.; MONTEIRO, P. S. Afastamento do trabalho: absenteísmo e presenteísmo em uma instituição federal de ensino superior. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde], Universidade de Brasília. Brasília, DF; 2012.
- ARCAS, M. M.; NOVOA, A. M.; ARTAZCOZ, L. Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *European Journal of Public Health*, Volume 23, Issue 5, outubro 2013, Pages 883 – 888, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks095>.
- ASSUNÇÃO, A. A.; ABREU, M. N. S. Fatores associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos em adultos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51 Supl. 1:10s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000282>.
- BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(8):1569-1580, ago, 2012.
- BASTOS, M. L. A. et al. Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Med.Trab*. 2018;16(1):53-9.
- COSTA, M. C. et al. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em profissionais de uma instituição de ensino superior. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 14, n. 1 e 2, p. 41-50, dez. 2013.
- CHO, C.Y.; HWANG, Y. S.; CHERNG, R. J. Musculoskeletal symptoms and associated risk factors among office workers with high workload computer use. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* Cho et al 535 Volume 35, Number 7, 2012.
- DSM-IV - Diagnostic and Statical Manual, IV edition - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Dayse Batista, 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ELKELES, T.; SELIGMANN-SILVA, E. Trajetórias recentes dos distúrbios osteomusculares em dois contextos nacionais – Brasil e Alemanha. In D. M. R. Lina, & L. E. Rocha (Eds.), *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática* (pp. 302-334). São Paulo, SP: Rocca, 2010.

FANTINATI, A. M. M.; PRUDENTE, C. O. M. Ambiente, capacidade para o trabalho e qualidade de vida dos funcionários de uma universidade pública. Dissertação [Mestrado] – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2015.

GRAUP, S.; MORO, A. R. Cenário epidemiológico de morbidade no ambiente de trabalho no Brasil. Tese [Doutorado] – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Florianópolis, SC, 2012.

HANNA, F. The Relationship Between Sedentary Behavior, Back Pain, and Psychosocial Correlates Among University Employees. *Frontiers in Public Health*, v. 7, article 80, april 2019. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00080>.

HOSMER JR, D.; LEMESHOW, S.; STURDVANTY, R. Applied logistic regression Vol. 398. New York: John Wiley & Sons. 2013.

HUGUE, T. D.; PEREIRA JÚNIOR, A. A. Prevalência de dor osteomuscular entre os funcionários administrativos da UNIFEBE. *Revista da UNIFEBE*, [S. l.], v. 1, nov. 2011. ISSN 2177-742X. Disponível em:

<<https://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/54>>.

Acesso em: 18 abr. 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características Étnico-Raciais da população: classificação e identidades. *Informações Demográficas e Socioeconômicas*, n. 2, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>. [acesso em março de 2021].

KARASEK, R. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics *Journal of Occupational Health Psychology* 1998, Vol. 3, No. 4, 322-355.

KARASEK, R.; THEÖRELL T. Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life. Ed. Basic Books, Nova York, 1990.

KARASEK, R. Demandas de trabalho, latitude de decisão de trabalho e tensão mental: implicações para redesenho de trabalho. *Adm Sci Q*. 1979; 24: 285–308.

KUORINKA, I. et al. Standardized Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, v. 18, n. 3, p. 233-237, 1987.

LIMA, T. B. et al. Prevalência de sintomas osteomusculares e qualidade de vida de trabalhadores técnico-administrativos. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2020; 18 (1): 45-50.

MAGNAGO, T. S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mai-jun 2010; 18(3).

MARCACINE, P. R. et al. Musculoskeletal symptoms and sociodemographic characteristics in women. *REFACS (online)* Abr/Jun 2020; 8(2):219-231. Disponível em:

<<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/index>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

MARQUES, S. D'O.; MARTINS, G. B.; SOBRINHO, O. C. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. Cadernos EBAPE.BR, v. 9, Edição Especial, artigo 11, Rio de Janeiro, Jul. 2011

MATSUDO et al. Questionário Internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Atividade Física e Saúde, v. 6, n. 2, 2001.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre Trabalho e Riscos de adoecimento - ITRA: Instrumento de indicadores críticos no trabalho. In: Mendes AM, organizadora. Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.p. 111-128.

MORAES, P. W.; BASTOS, A. V. Os Sintomas de LER/DORT: um estudo comparativo entre bancários com e sem diagnóstico. Psicologia: Ciência e Profissão Jul/Set. 2017 v. 37nº3, 624-637. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001862016>.

NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. [Internet] Publications; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). 2000. Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/NR/rdonlyres/287137A9-62BF-4EDE-A752-4A351C57A0B8/0/Audit.pdf>. [acesso junho 2018]. Santos et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health.

OGLIARI et al. Prevalência de distúrbios osteomusculares e qualidade de vida de trabalhadores do setor administrativo de ensino a distância. Revista SODEBRAS – Volume 12 Nº 137 – MAIO/ 2017.

SANTOS et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1533-1543, ago, 2013.

SETTO et al. Saúde autorreferida de docentes e servidores técnico-administrativos de uma universidade pública da região sudeste. Rev. Med Minas Gerais 2020; 30: e-30111.

SILVA, A. C. C. L.; SOARES, M. M.; MARÇAL, M. A. Fatores de risco e prevalência de queixas musculoesqueléticas entre os técnico-administrativos em Educação: estudo realizado na Universidade Federal de Pernambuco. Dissertação [Mestrado], Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Artes e Comunicação. Design, 2016.

SOUZA, K. V. L; GOMES-NETO, M. Análise da qualidade de vida e distúrbios osteomusculares dos funcionários administrativos de um órgão público. Revista Pesquisa em Fisioterapia. 2015 Dez; 5(3): 218-229.

TOSCANO, J. J. Pain prevalence on public servants: association with sedentary behavior and physical leisure reactivity. Rev. Dor. São Paulo, 2016 abr-jun;17(2):106-10.

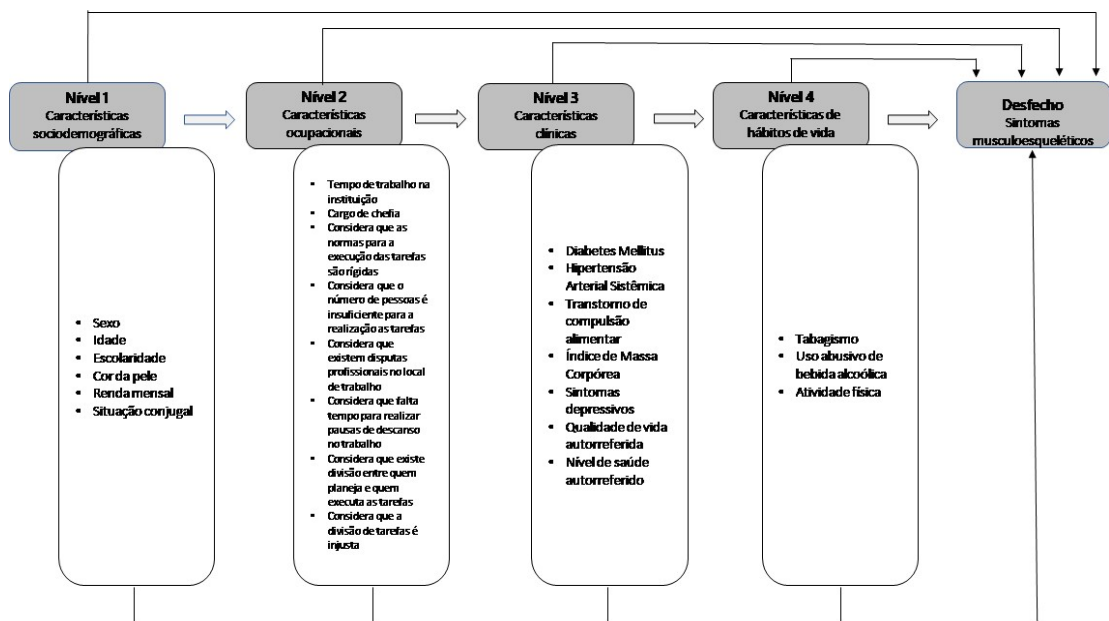


Figura 1. Modelo hierarquizado dos fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia, Brasil, 2018-2019.

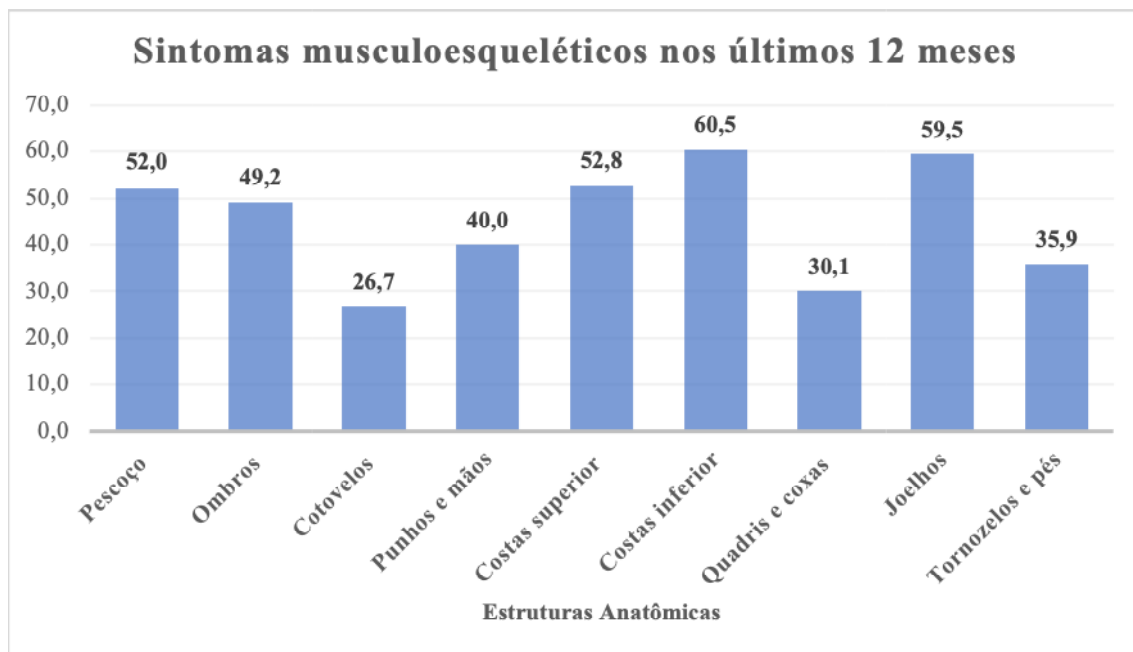


Figura 2. Sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia nos últimos 12 meses de acordo, com o Instrumento Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos, Salvador, Bahia, 2018-2019.

Tabela 1. Características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com os sintomas musculoesqueléticos, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	n (%)	Sintomas Musculoesqueléticos					
		Sim (%)	Não (%)	Valor de p*	RP	Valor de p*	IC 95%
Nível 1. Variáveis sociodemográficas†							
Sexo							
Masculino	87 (28,9)	74,4	25,6				
Feminino	214 (71,1)	92,1	7,9	<0,001	1,23	<0,001	(1,086 - 1,408)
Idade (em anos)							
18 a 39	158 (52,5)	87,3	12,7				
≥ 40	143 (47,5)	86,7	13,3	0,088	0,99	0,953	(0,910 - 1,084)
Escolaridade^a							
Pós-graduação Stricto Sensu	118 (39,3)	89,7	10,3				
Graduação	61 (20,3)	85,2	14,8		1,00		(0,880 - 1,136)
Fundamental ou médio	121 (40,4)	85,2	14,8	0,518	0,94	0,293	(0,841 - 1,072)
Cor da pele^b							
Branca	47 (15,7)	87,2	12,8				
Preta/parda	253 (84,3)	86,9	13,1	0,951	0,99	0,951	(0,884 - 1,225)
Renda mensal (em Reais)^c							
>2.800,00	82 (27,2)	83,9	16,1				
≤ 2.800,00	219 (72,8)	88,1	11,9	0,340	1,04	0,341	(0,943 - 1,168)
Situação conjugal^d							
Com companheiro (a)	155 (51,7)	89,0	11,0				
Sem companheiro (a)	145 (48,3)	84,9	15,1	0,279	0,95	0,281	(0,872 - 1,040)
Nível 2. Variáveis ocupacionais†							
Tempo de trabalho na instituição (em anos)^e							
≤ 15	208 (70,8)	86,5	13,5				
> 15	86 (29,2)	89,5	10,5	0,473	1,03	0,474	(0,946 - 1,133)
Cargo de chefia^f							
Não	233 (77,7)	85,9	14,1				
Sim	67 (22,3)	91,0	9,0	0,259	1,06	0,264	(0,967 - 1,162)
Considera que as normas para a execução das tarefas são rígidas^g							
Não	231 (77,0)	86,6	13,4				
Sim	69 (23,0)	88,4	11,6	0,692	1,02	0,693	(0,924 - 1,127)
Considera que o número de pessoas é insuficiente para a realização as tarefas^h							
Não	187 (62,3)	87,2	12,8				
Sim	133 (37,7)	86,7	13,3	0,913	0,99	0,913	(0,908 - 1,089)
Considera que existem disputas profissionais no local de trabalho							
Não	248 (82,4)	85,8	14,2				
Sim	53 (17,6)	92,5	7,5	0,193	1,07	0,201	(0,982 - 1,181)
Considera que falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalhoⁱ							
Não	250 (83,3)	85,6	14,4				
Sim	50 (16,7)	94,0	6,0	0,107	1,09	0,119	(1,007 - 1,197)
Considera que existe divisão entre quem planeja e quem executa as tarefas^j							
Não	165 (55,0)	89,7	10,3				
Sim	135 (45,0)	83,7	16,3	0,125	0,93	0,128	(0,852 - 1,021)
Considera que a divisão de tarefas é injusta							
Não	245 (81,4)	87,7	12,3				
Sim	56 (18,6)	83,9	16,1	0,845	0,95	0,450	(0,845 - 1,083)

* Pearson Chi²/ Dados Ignorados: (a) 1, (b) 1, (c) 1, (d) 1, (e) 1, (f) 1, (g) 1, (h) 1, (i) 1, (j) 1. † Ajustado pelas variáveis do próprio bloco; *f* ajustado por sexo;

Tabela 2. Características clínicas e relativas a hábitos de vida de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com os sintomas musculoesqueléticos, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	n (%)	Sintomas Musculoesqueléticos					
		Sim (%)	Não (%)	Valor de p*	RP	Valor de p*	IC 95%
Nível 3. Variáveis clínicas^β							
Diabetes Mellitus							
Não	280 (93,0)	86,7	13,3				
Sim	21 (7,0)	90,5	9,5	0,623	1,04	0,625	(0,901 - 1,207)
Hipertensão Arterial Sistêmica							
Não	231 (76,7)	87,4	12,6				
Sim	70 (23,3)	85,5	14,5	0,674	0,97	0,675	(0,877 - 1,090)
Transtorno de compulsão alimentar							
Não	239 (79,4)	88,3	11,7				
Sim	62 (20,6)	82,0	18,0	0,190	0,92	0,194	(0,818 - 1,053)
Índice de Massa Corpórea^α							
Magro/Eutrófico	107 (35,7)	86,9	13,1				
Sobrepeso/Obesidade	193 (64,3)	87,1	12,9	0,075	1,00	0,974	(0,913 - 1,097)
Sintomas depressivos							
Não	224 (74,4)	83,9	16,1				
Sim	77 (25,6)	96,1	3,9	0,006	1,14	0,011	(1,065 - 1,232)
Qualidade de vida autorreferida							
Boa/muito boa	158 (52,5)	83,4	16,6				
Regular/ruim/muito ruim	143 (47,5)	90,9	9,1	0,120	1,08	0,043	(0,998 - 1,188)
Nível de saúde autorreferido^b							
Boa/muito boa	181 (60,3)	84,0	16,0				
Regular/ruim/muito ruim	119 (39,7)	91,5	8,5	0,058	1,08	0,043	(1,002 - 1,185)
Nível 4. Variáveis relativas a hábitos de vida^γ							
Tabagismo^c							
Não	279 (93,0)	86,7	13,3				
Sim	21 (7,0)	90,5	9,5	0,623	1,04	0,621	(0,901 - 1,207)
Uso abusivo de bebida alcoólica							
Não	247 (82,1)	87,9	12,1				
Sim	54 (17,9)	83,1	16,9	0,342	0,94	0,345	(0,829 - 1,076)
Atividade física							
Suficiente ou insuficiente	145 (48,2)	53,3	43,7				
Inativo	156 (46,7)	46,7	56,3	0,260	1,05	0,259	0,96 - 1,14

* Pearson Chi² / Dados Ignorados: (a) 1, (b) 1, (c) 1. ^β Ajustado por sexo, pausas para descanso e divisão de tarefas; ^γ Ajustado por sexo, pausas para descanso e divisão de tarefas, transtorno de compulsão alimentar, sintomas depressivos, qualidade de vida autorreferida e nível de saúde autorreferido.

Tabela 3. Modelo de regressão multivariada dos fatores associados aos sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	Modelo A Bloco 1 RP Ajustada (IC 95%)	Modelo B Blocos 1 e 2 RP Ajustada (IC 95%)	Modelo C Blocos 1, 2 e 3 RP Ajustada (IC 95%)	Modelo D Blocos 1, 2, 3 e 4 RP Ajustada (IC 95%)	Modelo final RP Ajustada (IC 95%)
<i>Nível 1.</i>					
<i>Variáveis sociodemográficas</i>					
Sexo					
Masculino	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Feminino	1,22 (1,079 - 1,393)	1,21 (1,070 - 1,344)	1,19 (1,059 - 1,355)	1,19 (1,059 - 1,355)	1,19 (1,060 - 1,344)*
<i>Nível 2.</i>					
<i>Variáveis ocupacionais</i>					
Considera que existem disputas profissionais no local de trabalho					
Não		1,0			
Sim		1,07 (0,983 - 1,178)			
Considera que falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho					
Não		1,0			
Sim		1,07 (0,968 - 1,184)			
Considera que existe divisão entre quem planeja e quem executa as tarefas					
Não		1,0			
Sim		0,94 (0,862 - 1,027)			
<i>Nível 3.</i>					
<i>Variáveis clínicas</i>					
Transtorno de compulsão alimentar					
Não			1,0		
Sim			0,97 (0,878 - 1,085)		
Sintomas depressivos					
Não			1,0	1,0	1,0
Sim			1,10 (1,015 - 1,204)	1,10 (1,015 - 1,204)	1,12 (1,038 - 1,211)*
Qualidade de vida autorreferida					
Boa/muito boa			1,0		
Regular/ruim/muito ruim			1,06 (0,977 - 1,162)		
Nível de saúde autorreferido					
Boa/muito boa			1,0		
Regular/ruim/muito ruim			1,04 (0,958 - 1,143)		
<i>Nível 4.</i>					
<i>Variáveis relativas a hábitos de vida</i>					
Atividade física					
Suficiente ou insuficiente				1,0	1,0
Inativo				1,10 (1,001 - 1,955)	1,09 (1,001 - 1,955)*
Análise de ajustes dos modelos					
R² (%)	6,60	8,84	11,1	11,1	11,1

ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS E A INATIVIDADE FÍSICA EM TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO NORDESTE DO BRASIL

ASSOCIATION BETWEEN MUSCULOSKELETAL SYMPTOMS AND PHYSICAL INACTIVITY IN TECHNICAL-ADMINISTRATIVE WORKERS AT A PUBLIC UNIVERSITY IN NORTHEAST BRAZIL

BECK FILHO, J. A.¹

PITTA, A. M. F.²

FRAGA-MAIA, H.³

¹Universidade Católica do Salvador, Universidade do Estado da Bahia, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Universidade Católica do Salvador, Brasil.

³. Universidade do Estado da Bahia, Brasil.

Correspondência para:

Jorge Augusto Beck Filho

Universidade Católica do Salvador

Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589 - Pituvaçu, Salvador - BA, Brasil.

CEP: 41740-090

E-mail: jorgebeckfilho@gmail.com ☎(71- 99129.1020)

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação entre sintomas musculoesqueléticos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico analítico de cunho transversal, realizado com trabalhadores técnico-administrativos lotados em uma universidade pública do Estado da Bahia. A coleta foi realizada no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019. Foram realizadas análises multivariadas utilizando-se o modelo de regressão logística não condicional. A partir de parâmetros da regressão logística estimaram-se as medidas pontuais e os intervalos de confiança de 95% bruto e ajustado. Permaneceram no modelo as variáveis que mostraram níveis de significância estatística, segundo um valor de $p < 0,20$. Definiu-se para o estudo um nível de significância de 0,05. **Resultados:** Preencheram os critérios de elegibilidade 348 servidores, mas compareceram para a realização das entrevistas 86,2%. A associação de sintomas musculoesqueléticos e inatividade física foi positiva e estatisticamente significativa (OR=2,66; IC95% 1,29 - 5,51). A ocorrência de sintomas musculoesqueléticos e a ausência da prática de atividade física se mostraram associadas de acordo com os modificadores de efeito idade (OR=1,15; IC95%: 1,021–1,294), cor da pele (OR=1,28; IC95%: 1,082-1,322) e considerar a divisão de tarefas injustas (OR=1,23; IC95%:1,110-1,361). **Conclusão:** Os resultados evidenciam a associação entre os sintomas musculoesqueléticos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos, tendo como principais fatores a idade, a cor da pele e a injusta divisão de tarefas. Tais achados apontam para a necessidade de uma maior atenção à estrutura de trabalho por parte dos gestores e de uma atuação multiprofissional apta a tratar as desordens musculoesqueléticas.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Trabalhadores técnico-administrativos; Sintomas musculoesqueléticos; Inatividade física.

ABSTRACT

Objective: To investigate the association between musculoskeletal symptoms and physical inactivity in technical-administrative workers at a public university in northeastern Brazil.

Material and Methods: This is a cross-sectional analytical epidemiological study, carried out with technical-administrative workers assigned to a public university in the State of Bahia. Data collection was carried out from November 2018 to December 2019. Multivariate analyzes were performed using the unconditional logistic regression model. Based on logistic regression parameters, point measures and 95% confidence intervals, crude and adjusted, were estimated. The variables that showed levels of statistical significance, according to a p-value < 0.20 , remained in the model. A significance level of 0.05 was defined for the study. **Results:** A total of 348 civil servants met the eligibility criteria, but 86.2% attended the interviews. The association of musculoskeletal symptoms and physical inactivity was positive and statistically significant (OR=2.66; 95%CI 1.29 - 5.51). The occurrence of musculoskeletal symptoms and the absence of physical activity were associated according to the age effect modifiers (OR=1.15; 95%CI: 1.021–1.294), skin color (OR=1.28; 95%CI %: 1.082-1.322) and consider the unfair division of tasks (OR=1.23; 95%CI: 1.110-1.361). **Conclusion:** The results show the association between musculoskeletal symptoms and physical inactivity in technical-administrative workers, with the main factors being age, skin color and the unfair division of tasks. These findings point to the need for greater attention to the work structure by managers and for a multidisciplinary approach capable of treating musculoskeletal disorders.

Key-words: Worker's health; Technical-administrative workers; Musculoskeletal symptoms; Physical inactivity.

INTRODUÇÃO

A dor é um dos principais sintomas dos distúrbios musculoesqueléticos, configurando-se como um alerta à ocorrência de um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor (COSTA et al., 2013; LIMA et al., 2020). Responsáveis por elevados índices de absenteísmo, incapacidades e redução na qualidade de vida entre trabalhadores, os sintomas musculoesqueléticos (SME) são caracterizados pela ocorrência de dor, parestesias, sensação de peso e fadiga (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012; LIMA et al., 2020). De origem multifatorial, os SME podem estar associados à organização e ao ambiente de trabalho, aos fatores psicológicos, fisiológicos, biomecânicos, aos movimentos repetitivos, às posturas inadequadas por longos períodos, a ausência de pausas para descanso e aos fatores intrínsecos, como idade, sexo, hábitos de vida e comorbidades pré-existentes (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012; CARVALHO; FERNANDES; LIMA, 2019; LIMA et al., 2020).

Dados do estudo Saúde Brasil 2018, produzido pelo Ministério da Saúde, apontam que, entre os anos de 2007 e 2016, o total de notificações de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) cresceu 184%, passando de 3.212 casos para 9.122, com os trabalhadores da indústria, comércio, alimentação, transporte e serviço apresentando-se no topo da lista (BRASIL, 2019). As doenças relacionadas ao trabalho, além de gerarem impactos negativos nas atividades cotidianas dos indivíduos e prejudicarem a produtividade laboral, podem ser responsáveis pelo alto número de aposentadorias, afastamentos, tratamentos, indenizações e culminar em elevados custos de impostos à sociedade (ALMEIDA et al., 2016; MIRANDA; CASTRO; ARAÚJO, 2019; LIMA et al., 2020).

Nesse contexto, a atividade física (AF), definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético que demande gasto energético acima dos níveis de repouso, que inclui à realização de tarefas domésticas, deslocamentos, atividades recreativas, esportivas e ocupacionais, apresenta-se como uma das principais alternativas para o combate e controle das síndromes metabólicas, das doenças cardiovasculares, das disfunções musculoesqueléticas e melhoria da qualidade de vida. De acordo com a OMS, 60 a 85% da população mundial não se dedica às atividades físicas suficientes, o que torna o sedentarismo o quarto principal fator de risco para mortalidade global. (WHO, 2018; SOUZA et al., 2019). Dados do estudo sobre a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) apontam que, na última década, o Brasil registrou um aumento de 29% dos brasileiros que praticam atividade física. Desta forma, a prevalência de adultos ativos passou de 30,3%, em 2009, para 39,0%, em

2019. No mesmo estudo, observou-se que em todas as cidades estudadas, os homens (46,7%) praticavam mais atividade física no lazer do que as mulheres (32,4%). Referente aos adultos inativos, aqueles que não praticaram nenhuma atividade física no tempo livre nos últimos três meses, a prevalência foi de 13,9%. Esse percentual aumenta com a idade, ou seja, de 12,9% na faixa de 18 a 24 anos e 31,8% nos adultos com 65 anos ou mais (VIGITEL, 2020; IBGE, 2020).

A respeito dos trabalhadores, a ausência da atividade física poderá influenciar de forma negativa na saúde, visto que aqueles que não atendem às recomendações da sua prática regular estão mais propensos ao desenvolvimento de SME, assim como a outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes mellitus, hipertensão arterial, depressão, ansiedade, dentre outros diversos agravos à saúde (AZEVEDO; LOPES, 2012; GONÇALVES et al., 2017). Desta forma, os trabalhadores técnico-administrativos, os quais desempenham grande parte de suas tarefas laborais em postura estática com a utilização de utilização repetitiva de grupos musculares específicos, além da responsabilidade do acúmulo de tarefas, ritmo acelerado de produtividade, bem como a submissão constante ao estresse são apontados dentre os profissionais que se encontram no status de sedentários, portanto, se caracterizando como uma população vulnerável a ocorrência de SME (ELKELES; SELIGMANN-SILVA, 2010; PEREIRA; VILARTA, 2013; MORAES ET AL., 2017).

A despeito da alta prevalência de sintomas musculoesqueléticos e inatividade física entre os trabalhadores de atividades sedentárias no país e suas consequências para qualidade de vida e trabalho, a investigação sobre a associação destes com aspectos ocupacionais, clínicos gerais e relativos a hábitos de vida pouco têm sido reportados. Deste modo, o objetivo deste estudo foi investigar a associação entre sintomas musculoesqueléticos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico de cunho transversal realizado com trabalhadores técnico-administrativos lotados em uma universidade pública do Estado da Bahia. Foram incluídos aqueles que tinham tempo mínimo de um ano de trabalho na função e que aceitaram, voluntariamente, responder o instrumento de pesquisa, mesmo em gozo de férias, licença gestação, licença médica ou benefício. Foram excluídos os estagiários, as mulheres grávidas e os que não foram localizados em seus postos de trabalho ou recusaram por mais de duas oportunidades a fazer o agendamento.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerado o número total 715 servidores

públicos ativos, efetivos e terceirizados, contratados como profissionais de apoio, técnicos e analistas universitários lotados no Campus I, em Salvador. Foi utilizado como parâmetro para o referido cálculo a prevalência de sintomas musculoesqueléticos de 70,0% (TOSCANO et al., 2016), poder do estudo de 80,0%, e efeito de desenho de 1. Com estes parâmetros o número amostral estimado foi de 223 trabalhadores. Em função de possíveis perdas e recusas este quantitativo foi acrescido de 10%, totalizando 246 funcionários. Os cálculos foram realizados no pacote estatístico Openepi (www.openepi.com).

Os dados primários foram coletados com aplicação de formulários face-a-face e no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019 pelos pesquisadores participantes do estudo, agendadas para horários de conveniência do trabalhador. Após esta etapa inicial, todos foram convidados a participar da avaliação antropométrica realizada por entrevistadores treinados especificamente para tal finalidade. Um estudo piloto foi realizado com servidores técnico-administrativos de outra instituição de nível superior, tendo como objetivo testar a compreensão das perguntas do questionário, bem como treinar os pesquisadores para sua aplicação. Após a finalização destas medidas, todos foram convidados a retornarem, em jejum de 12 horas, em data previamente marcada, para a realização de exames laboratoriais.

Foi aplicado um instrumento padronizado, composto por blocos de questões sobre características sociodemográficas, clínicas, psicossociais, especialmente saúde mental no trabalho, relativas ao estilo de vida e características do trabalho. No bloco de variáveis sociodemográficas (Bloco 1), foram incluídas o sexo, a idade em anos e a cor da pele branca e preta ou parda, definida pelo entrevistador e classificada de acordo com o IBGE, 2013. A escolaridade foi categorizada em pós-graduação *stricto sensu*, graduação e em ensino fundamental. A situação conjugal será definida de modo bivariado considerando a existência ou ausência de companheiro. A classificação da renda mensal foi definida em reais como $> 2.800,00$ e $\leq 2.880,00$. Com relação às variáveis ocupacionais (Bloco 2), foi questionado o tempo de trabalho na instituição, avaliado em > 15 anos e ≤ 15 anos, além da ocupação ou não de cargo de chefia. Para avaliação dos itens organização do trabalho, condições de trabalho e as relações socioprofissionais dos trabalhadores, foram empregadas as seguintes variáveis da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT): existência de normas rígidas para a execução das tarefas, insuficiência de pessoas para a realização das tarefas, existência de disputas profissionais no local de trabalho, ausência de tempo para realização de pausas de descanso, existência divisão entre quem planeja e quem executa as tarefas e distribuição injusta de tarefas do trabalho, todas elas analisadas dicotomicamente (MENDES; FERREIRA, 2007).

Quanto às variáveis clínicas (Bloco 3), foram verificadas a existência de doenças

crônicas não transmissíveis. Para avaliação da pressão arterial três medidas foram realizadas pelo mesmo pesquisador, ambas no braço esquerdo, respeitando o intervalo de 1 minuto entre elas e com o esfigmomanômetro adulto da Omhon®. Foram classificados como hipertensos aqueles cujas médias das medidas de pressão fossem iguais ou superiores a 140 mmHg e 90 mmHg para sistólica e diastólica respectivamente. Foram considerados diabéticos aqueles, cujo valor de referência foi ≥ 126 mg/dl, a partir dos resultados da glicemia de jejum. Para identificação da presença de transtorno alimentar, a compulsão alimentar foi avaliada por meio do questionário baseado no *Structured Clinical Interview for DSM-IV-SCID-I/P* para os diagnósticos de Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (DSM-IV, 1995).

A altura foi determinada em metros por um estadiômetro portátil MD® e escala de medida de 0,1 cm, com o indivíduo descalço, em ortostase, coluna ereta e com os membros superiores ao longo do corpo. Os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a parede e o entrevistado direcionando seu olhar para frente com a cabeça livre de penteados, tranças e adereços, sendo feita uma leve compressão, suficiente para o cabelo não interferir na medida. O peso foi obtido com auxílio de uma balança calibrada digital Wiso® com precisão de 100g e o indivíduo instruído a posicionar-se em pé e parado, no centro da balança, descalço e livre de objetos nas mãos e bolsos. O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi obtido a partir da razão entre peso corpóreo (kg) e estatura (m^2) dos indivíduos. Através deste parâmetro, foi considerado sobrepeso/obesidade indivíduos com o IMC maior que $25\text{kg}/m^2$.

As questões de saúde mental dos entrevistados foram analisadas pelos dados fornecidos através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Este instrumento tem como finalidade avaliar a suspeição de sintomas depressivos, tais como humor deprimido, problemas com sono, perda do interesse pelas coisas a serem feitas, falta de energia, mudança de apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, sensação de lentidão ou inquietude fora do normal, problemas de concentração e até pensamentos suicidas. O PHQ-9 é composto por nove itens que podem variar de 0 a 27 pontos no total. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3, correspondendo às respostas "nenhumavez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. A análise é feita considerando a pontuação total das respostas, os participantes que tiveram pontuação igual ou maior que 10 foram identificados com suspeição de sintomas depressivos. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar. Este é um instrumento de aplicação rápida, podendo ser até autoaplicável, caracterizando-se como uma vantagem em

estudos do tipo epidemiológico, graças a sua sensibilidade e especificidade (SANTOS et al., 2013). Investigou-se ainda como o trabalhador avaliava sua qualidade de vida, bem como o seu nível de saúde e estas foram categorizadas em boa/muito boa e em regular/ruim/muito ruim.

Com relação aos hábitos de vida (Bloco 4), foi verificado se os mesmos fumavam atualmente, ou seja, nos trinta dias antecedentes à pesquisa. Com o objetivo de identificar o uso abusivo de bebidas alcoólicas, foi utilizado o *Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*, instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1992, traduzido e validado no Brasil em 2001 (NIAAA, 2000). No presente estudo, adotaram-se os pontos de corte de < 8 para abstinentes ou bebedores eventuais e ≥ 8 pontos para aqueles que bebiam de modo abusivo ou que apresentavam consumo de risco. Para classificação do nível de atividade física dessa população foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), o qual considera ativos fisicamente os que praticarem atividade física de intensidade leve, moderada ou vigorosa por mais de trinta minutos em cinco ou mais dias na semana (MATSUDO et al., 2001). No presente estudo, a atividade física foi categorizada em ausente e em insuficiente ou suficiente, considerando a quantidade, mínima, de dez minutos praticados diariamente, independente da sua intensidade.

Com o objetivo de avaliar a frequência da dor musculoesquelética, foi aplicado o *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (NMQ), não indicado como base para diagnóstico clínico, mas para a identificação de sintomas musculoesqueléticos, sendo, portanto, importante instrumento de diagnóstico do ambiente de trabalho para elaboração de medidas preventivas, o qual relata a ocorrência dos sintomas considerando os 12 meses e os sete dias precedentes à entrevista, assim como a ocorrência de afastamento das atividades rotineiras no último ano. As regiões anatômicas questionadas são: pescoço, ombros, costas (parte superior), cotovelos, punhos/mãos, costas (parte inferior), quadril/ coxas, joelho e tornozelos/pés (KOURINKA et al., 1987).

Os dados coletados foram tabulados no *Microsoft Excel for Windows®* e as análises conduzidas no pacote estatístico *Stata* (v.14.0), onde foram realizadas correções e eliminações de inconsistências. A análise descritiva identificou as características gerais e específicas da população estudada e permitiu a comparação das prevalências de sintomas musculoesqueléticos e inatividade física, segundo as características encontradas. Já as análises bivariadas foram realizadas com o intuito de identificar o conjunto de variáveis que mais se associaram com o desfecho considerando-se o valor do Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher (χ^2). A magnitude da associação em investigação foi estimada pelo cálculo da razão de chances (Odds Ratio, OR), adotando-se o intervalo de confiança a 95% (IC95%) como medida de

precisão. A partir de parâmetros da regressão logística estimaram-se as medidas pontuais e os intervalos de confiança de 95% bruto e ajustado. A análise multivariada foi executada, utilizando-se o valor de $p \leq 0,20$ e a consistênciateórica de associação com o desfecho como critérios de triagem para inclusão da variável independente (HOSMER JR; LEMESHOW; STURDVANTY, 2013). Permaneceram no modelo final somente aquelas variáveis que apresentaram associação significativa com o desfecho, com valor de $p \leq 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, CAAE No 7498.5617.2.20000.5628 por meio da Plataforma Brasil, tendo sido apreciado todos os preceitos éticos de acordo com as normativas da Resolução 466/2012. Os autores preservaram o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes.

RESULTADOS

Preencheram os critérios de elegibilidade 348 servidores, os quais foram convidados a compor a população do estudo, mas compareceram para a realização das entrevistas 86,2% dos trabalhadores. Sendo assim, a população deste foi composta com 301 funcionários e a associação de sintomas musculoesqueléticos e inatividade física foi positiva e estatisticamente significativa (OR=2,66; IC95% 1,29 - 5,51). Dentre estes, detectou-se que 52% da população foram consideradas fisicamente inativas, enquanto que 48% relataram ser praticantes de atividade física. As características sociodemográficas e ocupacionais, de acordo com a atividade física, estão descritas na Tabela 1. Foram observadas diferenças de proporção estatisticamente significantes de ausência de atividade física entre os indivíduos do sexo feminino (80,1%), quando comparados aos do sexo masculino (19,9%) ($p < 0,001$). Detectou-se, em relação aos servidores que consideravam o número de pessoas insuficiente para a realização das tarefas, uma prevalência de 32,0% ($p = 0,032$). Com relação a existir divisão de tarefas entre quem planeja e quem executa, constatou-se uma prevalência de 39,1% ($p = 0,028$) entre os trabalhadores que consideravam a sua existência. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as demais variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

As variáveis clínicas e relativas aos hábitos de vida, de acordo com os níveis de atividade física dos servidores, encontram-se dispostas na Tabela 2. Embora não se tenha observado diferenças de proporção estatisticamente significantes, vale ressaltar que a maioria da população inativa possuía diabetes mellitus (66,7%), hipertensão (60,9%), transtorno de compulsão alimentar (52,5%), sintomas depressivos (58,5%), apresentava

sobrepeso/obesidade (52,3%). No que diz respeito às variáveis qualidade de vida e nível de saúde, os indivíduos que referiram tê-las de forma regular/ruim/muito ruim, apresentaram, respectivamente, uma proporção de 60,8% e 64,1%, quando comparados aos que relataram tê-las de forma boa ou muito boa. Observou-se também que os servidores inativos fisicamente, majoritariamente, relataram não consumir álcool de modo abusivo (53,4%) e não fumar (53,4%).

As análises estratificadas, associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física por estrato das covariáveis, estão apresentadas nas Tabelas 3 e 4. A razão de prevalência bruta foi de 1,05, IC95% 0,96 a 1,15. Não foram identificadas variáveis modificadoras de efeito.

Na Tabela 5 apresentam-se as variáveis do modelo final de regressão logística. Na análise multivariada, a ocorrência de sintomas musculoesqueléticos e a ausência da prática de atividade física entre os trabalhadores se mostraram associados de acordo com os modificadores de efeito idade (OR=1,15; IC95%: 1,021–1,294), cor da pele (OR=1,28; IC95%: 1,082-1,322) e considerar a divisão de tarefas injustas (OR=1,23; IC95%:1,110- 1,361), mesmo após ajuste por demais variáveis sociodemográficas, ocupacionais, clínicas e relativas a hábitos de vida.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a associação entre sintomas musculoesqueléticos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil foi positiva, apresentando como principais fatores associados à idade, a cor da pele e a injusta divisão de tarefas.

Observou-se que os trabalhadores mais jovens e inativos fisicamente apresentaram maior ocorrência de SME. Em estudo desenvolvido por Rocha et al., com o objetivo de avaliar o nível de atividade física de funcionários de uma instituição de ensino superior da Bahia, observou-se que a maioria dos sujeitos tinham idade ≤ 39 anos (59,5%). Entretanto, os mais ativos apresentaram idade superior a quarenta anos (56,3%), enquanto que os menos ativos apresentaram faixa etária entre 18 a 39 anos, se contrapondo às afirmativas de que o perfil sociodemográfico dos indivíduos mais ativos, geralmente, é de homens jovens que possuem maior disponibilidade de tempo para realização de atividades físicas, em virtude da menor responsabilidade social e compromissos familiares. Os autores reafirmaram que a atividade física constitui em um recurso terapêutico para as doenças físicas e mentais, devendo ser favorecido e fomentado através de estratégias de promoção da saúde (ROCHA et al., 2011). Resultados semelhantes foram descritos em pesquisa realizada com uma população de trabalhadores da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, estimando-se uma

maior prevalência de distúrbios musculoesqueléticos entre os indivíduos na faixa etária de 35 e 46 anos (49,3 %) (RP=1,17; IC95%: 1,03-1,31). Da mesma forma, verificou-se maior prevalência de SME entre os trabalhadores que relataram baixa frequência ou ausência de atividade física, sendo respectivamente 19% e 27% maior nas referidas situações, quando comparado ao grupo que relatou a prática de atividade física três ou mais vezes por semana. Para os autores, a capacidade para a prática da atividade física poderá apresentar-se comprometida, tendo em vista as limitações impostas pelos distúrbios musculoesqueléticos, o que justificaria a sua não ocorrência (BARBOSA et al., 2012).

O resultado obtido no presente estudo pode ser parcialmente justificado pelo fato de que, ao estarem inativos, por razões metabólicas, estes trabalhadores jovens acumulam uma maior quantidade de ácido láctico e potássio, que, associada à diminuição de tônus, trofismo e força muscular, evoluem com aumento dos SME (IIDA, 2005). Todavia, há a necessidade de se conhecer os mecanismos fisiopatológicos que envolvem situações ligadas ao sedentarismo, inatividade e efeitos deletérios da imobilidade. Estudos apontam para influência direta entre a ausência de atividade física, inclusive aquela que pode ocorrer durante a execução de tarefas laborais, e o aumento da secreção de hormônios como o cortisol (KANDOLA et al., 2019; KANDOLA et al., 2020). A elevação prolongada dos níveis de cortisol, por sua vez, leva a uma vasoconstrição diminuindo a perfusão sanguínea para os músculos esqueléticos, bem como a secreção de neurotransmissores como endorfina, dopamina, serotonina, que, além de estarem diretamente ligadas à sensação de prazer e bem-estar, quando em baixa, levam a estados de melancolia, ansiedade, depressão, diminuição do rendimento, sensação de fadiga nos indivíduos e a inflamações celulares potencialmente graves. Tais resultados reforçam a necessidade de se observar à capacidade laboral e às condições de trabalho estabelecidas, objetivando a manutenção do trabalhador saudável, bem como a prevenção do envelhecimento precoce e das limitações para a realização das atividades ao longo dos anos (KANDOLA et al., 2019).

No presente estudo, indivíduos com cor da pele preta ou parda que não exerciam atividade física apresentaram maior frequência SME. As evidências científicas até o momento não suportam tal achado e os resultados provenientes de outras investigações indicam a possibilidade de enviesamento dos dados em função da adoção do método de obtenção da informação cor da pele/etnicidade. Nesse sentido, em 2017, Malta et al., em estudo para identificar associações da dor crônica na coluna com características sociodemográficas, estilos de vida, índice de massa corpórea, doenças crônicas autorreferidas e avaliação do estado de saúde por sexo, observaram que para as mulheres foi considerado como fator de proteção de

dor em coluna vertebral se autodeclarar da cor parda (OR=0,88; IC95% 0,79–0,97) e ser insuficientemente ativo na prática de atividade física nos quatro domínios (OR=0,84 0,76–0,92). Entretanto, os autores sugeriram que dados sobre cor da pele autorreferido podem ter influenciado em tais resultados, justificando a necessidade de confirmação em outros estudos (MALTA et al., 2017).

Souza et al., em pesquisa cujo objetivo foi avaliar a ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos entre professores da rede de ensino básico em um município de Estado da Bahia e verificar sua associação com variáveis sociodemográficas, ocupacionais, organizacionais e de saúde, identificaram a associação de SME em região dorsal da coluna vertebral (RP=0,41; IC95% 0,24-0,69) e membros inferiores (RP=0,52; IC95% 0,29-0,94) com as pessoas autodeclaradas pretas e pardas. Para os autores, há de se ponderar que as condições desfavoráveis de trabalho e de enfrentamento das adversidades possam ter efeitos sobre o estresse ocupacional e contribuir para a ocorrência de tais sintomas (SOUZA et al., 2020).

Apesar da associação entre SME e inatividade física em indivíduos com cor da pele preta ou parda não apresentar explicações contundentes na literatura, as diferenças nos fatores de risco por raça/cor entre trabalhadores podem ser fundamentadas como marcadores de iniquidades raciais sobre exposição ocupacional. Estas afetam a integridade física, psicológica, individual e coletiva, e são explicadas por aspectos culturais e diferenças socioeconômicas que podem determinar um menor acesso a bens e serviços, bem como menores oportunidades para a população negra. Tais características se refletem no quadro epidemiológico dessa população, e evidenciam iniquidades e vulnerabilidades no acesso às condições promotoras de saúde (SIQUEIRA; FERNANDES, 2020; SOUZA et al., 2020).

Considerar a divisão de tarefas de modo injusto se associou com a maior frequência de dor entre os que não praticavam atividade física. Sobre esse resultado, estudos apontam a influência do contexto de trabalho como fonte de prazer, sofrimento e risco de adoecimento no ambiente laboral. Antloga et al., ao avaliarem o contexto e o custo humano do trabalho em um órgão do Poder Judiciário brasileiro e utilizando, de modo semelhante, a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, identificaram comprometimento moderado a crítico para a dimensão organização do trabalho. Essa dimensão inclui, dentre outros, itens como ritmo de trabalho excessivo e o número de pessoas insuficiente para a realização de tarefas. Resultados semelhantes foram também estimados para a injusta distribuição de tarefas inserida na dimensão relações socioprofissionais. A análise dos resultados obtidos evidenciou que estes aspectos foram avaliados de forma negativa, indicando risco de adoecimento para esses trabalhadores. Ressalta-se que a pesquisa foi desenvolvida por demanda do serviço de saúde da

instituição pública que, nos dois anos anteriores à época do estudo, já havia detectado um aumento no número de casos de adoecimentos e afastamentos por transtornos mentais e por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, bem como o incremento significativo pela procura dos serviços próprios de Psicologia e Fisioterapia (ANTLOGA et al., 2014).

Tessarini Junior et al., em estudo realizado com o objetivo de analisar o contexto de trabalho de servidores públicos técnico-administrativos que atuavam na área de gestão de pessoas em uma instituição federal de ensino brasileira, identificaram uma situação crítica em todas as dimensões do contexto de trabalho manifestas tanto pelo comprometimento da organização, das condições de trabalho, quanto das relações socioprofissionais que acarretaram sofrimento e um ambiente de trabalho nocivo para a saúde física e mental dos indivíduos (TESSARINI JUNIOR et al., 2020).

No mesmo sentido, Aires et al., objetivando investigar a situação de trabalho e os riscos de adoecimento de servidores técnico-administrativos de uma instituição pública de ensino superior na Paraíba, observaram que o item tarefas repetitivas da dimensão organização do trabalho se mostrou como fator risco para as doenças osteomusculares em virtude da relação entre a repetitividade das atividades e a monotonia nas suas execuções. O fator mobiliário inadequado no local de trabalho, da dimensão condição de trabalho, também foi considerado como associado ao risco de adoecimento, tendo em vista o fato de que os trabalhadores técnico-administrativos desempenham grande parte do seu ofício na posição sentada, em posturas estáticas e inadequadas à frente de um computador, contrariando padrões de exigências normativas sobre as condições trabalho, o que potencializa o custo humano negativo e o sofrimento no ambiente laboral. Observou-se ainda, no mesmo sentido, que ser excluído das decisões, da dimensão relações socioprofissionais, também foi considerado como negativo considerando que a falta de comunicação efetiva e afetiva entre os chefes dos setores e os seus subordinados pode proporcionar aumento na chance de adoecimento por causas trabalhistas (AIRES et al., 2021).

A despeito da escassez de estudos sobre a associação entre SME e inatividade física em trabalhadores que consideraram a distribuição de tarefas laborais injusta, o resultado obtido no presente estudo pode ser relativamente explicado pela interação entre os fatores psicossociais e organizacionais, cujos resultados favorecem e potencializam os impactos negativos sobre as condições de saúde e desempenho dos trabalhadores. Tais fatores, também chamados de fontes de estresse são agrupados em três domínios, a saber, fatores associados ao ambiente e organização do trabalho, os extra organizacionais e os relacionados ao indivíduo. Nesse sentido, os primeiros, em especial pela forma de gerenciamento e organização que envolve divisão de

tarefas, número insuficiente de pessoas para o desenvolvimento do trabalho, cadência e tempo prescrito, adquirem importância ao se configurarem como fatores de risco sobre a saúde física e mental do trabalhador (NIOSH, 1997; MARTINE Z; PARAGUAY, 2002). Entretanto, há de se ponderar a influência dos fatores relacionados aos indivíduos, os quais se referem aos aspectos genéticos (sexo, etnia), aos adquiridos (classe social, cultura, nível educacional), bem como aos traços de personalidade, às necessidades e valores, ao estilo de vida e comportamento, e também à prática de atividade física, principalmente no domínio tempo livre, assim como a associação positiva com maior escolaridade e maior nível socioeconômico o que, conseqüentemente, impacta no estado de saúde.

A coleta de dados primários realizada face-a-face, através do emprego de questionários validados para o idioma português do Brasil, é considerada ponto forte no presente estudo. Além disso, os responsáveis pela pesquisa formam uma equipe multiprofissional que passou por treinamento quanto à aplicação do instrumento e avaliações necessárias, de maneira a estimular a confiabilidade e tornar a coleta uniforme. Do mesmo modo, a realização de um estudo piloto para calibrar os envolvidos bem como verificar o entendimento do instrumento de pesquisa complementam as vantagens.

Por outro lado, apesar de inúmeras tentativas de entrevistas terem sido realizadas no sentido de permitir a participação de todos os trabalhadores, inclusive os que estiveram ausentes por qualquer motivo em datas previamente agendadas, há que se ponderar a possibilidade da não inclusão de servidores afastados por condições crônicas. Deste modo, pode ser considerada uma limitação do estudo o viés do trabalhador sadio que, de certa maneira, privilegiou a inclusão dos que estavam em exercício ativo da profissão. Da mesma forma, a seleção da amostra realizada unicamente no campus da cidade de Salvador pode ser também apontada como limitação do estudo, considerando as 23 outras cidades baianas onde se situam os polos universitários estaduais. A pandemia de Covid-19 deflagrada no Brasil a partir de 2020 impossibilitou a continuidade da coleta. Nesse sentido, os trabalhadores técnico-administrativos das demais sedes da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) não foram contemplados, conseqüentemente, os dados podem não representar a veracidade do que é vivenciado pela população em questão, na sua totalidade.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo evidenciam a associação entre os sintomas musculoesqueléticos e a inatividade física entre os trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia, tendo como principais fatores a idade, a cor da

pele e a injusta divisão de tarefas. Tais achados apontam para a necessidade de uma maior atenção à estrutura de trabalho por parte dos gestores da universidade, bem como de uma atuação multiprofissional apta a tratar as desordens musculoesqueléticas e a agir preventivamente para redução e monitoramento desses acometimentos. Orientações adequadas ao trabalhador, quanto aos cuidados com sua saúde, poderão minimizar os fatores de risco para o surgimento de doenças ocupacionais, os quais interagem entre si e devem ser analisados de forma integrada, envolvendo os aspectos biomecânicos, cognitivos, sensoriais, afetivos e de organização do trabalho. Sugere-se a realização de novos estudos que proporcionem a padronização dos métodos de avaliação da exposição à sintomatologia musculoesquelética e de suas repercussões negativas sobre a qualidade de vida e de trabalho dos servidores, visando meios eficazes para a proposição e adoção de medidas preventivas individuais e coletivas.

REFERÊNCIAS

AIRES, L. M. N.; PEIXOTO, M. S. R. M.; PACHÚ, C. O. Avaliação do contexto de trabalho e custo humano do trabalho entre técnicos administrativos de uma instituição pública de ensino superior na Paraíba. *Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*, 8 (único): 146-162, 2021, ISSN: 2358-7490.

ALMEIDA, G. F. P. et al. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão Ver. *Bras. Med. Trab.* 2016; 14(1):37-44.

ALMEIDA, L. M. S.; DUMITH, S. C. Associação entre sintomas osteomusculares e estresse percebido em servidores públicos de uma Universidade Federal do Sul do Brasil. *Br J Pain.* São Paulo, 2018 jan-mar; 1(1): 9-14.

ANTLOGA, C. S.; MAIA, M.; CUNHA, K. R.; PEIXOTO, J. Contexto de trabalho e custo humano no trabalho em um órgão do poder judiciário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12):4787-4796, 2014.

AKROUF, Q. et al. Musculoskeletal disorders among bank office workers in Kuwait. *Eastern Mediterranean Health Journal*, v.16, n.1, 2010. doi: 10.26719/2010.16.1.94.

AZEVEDO, S. F.; LOPES, A. S. Atividade física desempenhada por trabalhadores brasileiros: uma revisão sistemática. *Pensar a Prática, Goiânia*, v. 15, n. 3, p. 551820, jul./set. 2012.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(8): 1569-1580, ago, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília:Ministério da Saúde, 2019. 424 p.: il.

CARVALHO, L. R. B.; FERNANDES, R. C. P.; LIMA, V. M. C. Demandas psicológicas, baixo apoio social e repetitividade: fatores ocupacionais associados à dor musculoesquelética de trabalhadores da indústria de calçados. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 2019; 44: e6.

DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual, IV edition - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Trad. Dayse Batista, 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ELKELES, T.; SELIGMANN-SILVA, E. Trajetórias recentes dos distúrbios osteomusculares em dois contextos nacionais – Brasil e Alemanha. In D. M. R. Lina, & L. E. Rocha (Eds.), *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática* (pp. 302-334). São Paulo, SP: Rocca, 2010.

FANTINATI, A. M. M.; PRUDENTE, C. O. M. Ambiente, capacidade para o trabalho e qualidade de vida dos funcionários de uma universidade pública. *Dissertação [Mestrado] –*

Pontificia Universidade Católica de Goiás, 2015.

GONÇALVES, E. C. A. et al. Niveles bajos de actividad física en funcionarios públicos del sur de Brasil: asociación con factores sociodemográficos, hipercolesterolemia y diabetes. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, vol. 10, núm. 2, junio, 2017, pp. 54-59 Centro Andaluz de Medicina del Deporte Sevilla, España.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características étnico-raciais da população: classificação e identidades. *Informações Demográficas e Socioeconômicas*, n. 2, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>. [acesso em março de 2021].

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 66p.

IIDA, ITIRO. Ergonomia: projeto e produção. 2ª edição ver. e ampl. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

HANNA, F. The Relationship Between Sedentary Behavior, Back Pain, and Psychosocial Correlates Among University Employees. *Frontiers in Public Health*, v. 7, article 80, april 2019. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00080>.

HOSMER JR, D.; LEMESHOW, S.; STURDVANTY, R. Applied logistic regression Vol. 398. New York: John Wiley & Sons. 2013.

KANDOLA, A. et al. Physical activity and depression: towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (2019), doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.04>.

KUORINKA, I. et al. Standardized Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, v. 18, n. 3, p. 233-237, 1987.

LA FALCE, J. L. et al. Qualidade de vida no trabalho e atividade física: estudo em uma instituição federal de ensino. *Revista Alcance – Eletrônica – vol. 27 – n. 1 – jan./abr. 2020*.

LIMA, T. B. W. et al. Prevalência de sintomas osteomusculares e qualidade de vida de trabalhadores técnicos administrativos. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* 2020; 18 (1): 45-50.

MALTA, D. C. et al. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. *Rev. de Saúde Pública*. 2017;51 Sup.1 1:9s.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. As relações entre a satisfação com os aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Dissertação [Mestrado em Saúde Ambiental], Universidade de São Paulo. São Paulo, SP; 2002.

MATSUDO et al. Questionário Internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física e Saúde*, v. 6, n. 2, 2001.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre Trabalho e Riscos de adoecimento - ITRA: Instrumento de indicadores críticos no trabalho. In: Mendes AM, organizadora.

Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.p. 111-128.

MIRANDA, J. D.; CASTRO, G. G.; ARAÚJO, K. A. M. Qualidade de vida e queixas osteomusculares no setor administrativo de um Campus Universitário. Revista Eletrônica Ciência & Desenvolvimento da FAINOR. 2019; 12(2):437-450.

NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. [Internet] Publications; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). 2000. Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/NR/rdonlyres/287137A9-62BF-4EDE-A752-4A351C57A0B8/0/Audit.pdf>.

NIOSH -National Institute for Occupational Safety and Health. Work-related musculoskeletal disorders and psychosocial factor. In: Berdard, BP. editor. Musculoskeletal disorders and psychosocial factor: a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back. [documento on line] 2ª Ed. Cincinnati: NIOSH; 1997. Available from: <<https://www.cdc.gov/niosh/docs/97-141/>>. Acesso em: 10out. 2021.

PEREIRA, C. C. D. A.; VILARTA, R. Comparação da associação de diferentes tipos de programas de atividade física aplicados no local de trabalho sobre o nível de atividade física e qualidade de vida de trabalhadores do setor administrativo de comunidade universitária. Tese [Doutorado], Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. Campinas, SP, 2013.

ROCHA, S. V. et al. Nível de atividade física entre funcionários de uma instituição de ensino superior da Bahia. Ulbra e Movimento (REFUM), Ji-Paraná, v.2 n.1 p.16-29, jan/mar. 2011.

SANTOS, I. S. et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1533-1543, ago, 2013.

SILVA, A. C. C. L.; SOARES, M. M.; MARÇAL, M. A. Fatores de risco e prevalência de queixas musculoesqueléticas entre os técnico-administrativos em Educação: estudo realizado na Universidade Federal de Pernambuco. Dissertação [Mestrado], Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Artes e Comunicação. Design, 2016.

SIQUEIRA, J. S.; FERNANDES, R. C. P. Demanda psicossocial e demanda física no trabalho: Iniquidades segundo raça/cor. Ciência Saúde Coletiva (2020/Ago). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/demanda-psicossocial-e-demanda-fisica-no-trabalho-iniquidades-segundo-racacor/17734?id=17734&id=17734>

SOUZA, F. et al. Níveis de atividade física e fatores associados entre professores de medicina. Ciência & Saúde 2019; 12(3): e33643.

SOUZA, C. S. et al. Distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho de professores. Rev. Bras. Med. Trab. 2021; 19(2): 140-150.

TESSARINI JUNIOR, G. et al. Avaliação do Contexto de Trabalho em uma Instituição Federal de Ensino: Estudo com Servidores da Área de Gestão de Pessoas. Gestão & Conexões

- Management and Connections Journal, Vitória (ES), v. 9, n. 1, p. 128-150, jan./abr. 2020

TOSCANO, J. J. O. Pain prevalence on public servants: association with sedentary behavior and physical leisure activity. Rev Dor. São Paulo, 2016 abr-jun; 17 (2):106-10.

VIGITEL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137: il.

WHO - World Health Organization. Physical activity: Fact sheet; 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [capturado em 6 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/physical-activity>.

Tabela 1. Características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	n (%)	Inatividade Física		Valor de p
		Sim (n, %)	Não (n, %)	
Bloco 1. Variáveis sociodemográficas				
Sexo				
Masculino	87 (28,9)	56 (64,4)	31 (35,6)	< 0,001
Feminino	214 (71,1)	89 (41,6)	125 (58,4)	
Idade (em anos)				
18 a 39	158 (52,5)	73 (46,2)	85 (53,8)	0,472
≥ 40	143 (47,5)	72 (50,4)	71 (49,6)	
Escolaridade^a				
Pós-graduação stricto sensu	118 (39,3)	59 (50,0)	59 (50,0)	0,838
Graduação	61 (20,3)	30 (49,2)	31 (50,8)	
Fundamental ou médio	121 (40,4)	56 (46,3)	65 (53,7)	
Estuda atualmente				
Não	201 (66,8)	98 (48,8)	103 (51,2)	0,774
Sim	100 (33,2)	47 (47,0)	53 (53,0)	
Cor da pele^b				
Branca	47 (15,7)	22 (46,8)	25 (53,2)	0,820
Preta/parda	253 (84,3)	123 (48,6)	130 (51,4)	
Renda				
>2.800	82 (27,2)	44 (53,7)	38 (46,3)	0,244
≤ 2.800	219 (72,8)	101 (46,1)	118 (53,9)	
Bloco 2. Variáveis ocupacionais				
Tempo de trabalho na instituição (em anos)^c				
≤ 15	208 (70,8)	105 (50,5)	103 (49,5)	0,127
> 15	86 (29,2)	35 (40,7)	51 (59,3)	
Cargo de chefia^e				
Não	233 (77,7)	108 (46,4)	125 (53,6)	0,200
Sim	67 (22,3)	37 (55,2)	30 (44,8)	
Considera que as normas para a execução das tarefas são rígidas^g				
Não	232 (77,1)	115 (49,6)	117 (50,4)	0,150
Sim	69 (22,9)	41 (59,4)	28 (40,6)	
Considera que o número de pessoas é insuficiente para a realização as tarefas^h				
Não	188 (62,5)	82 (43,6)	106 (56,4)	0,041
Sim	113 (37,5)	63 (55,7)	50 (44,3)	
Considera que existem disputas profissionais no local de trabalho				
Não	248 (82,4)	114 (46,0)	134 (54,0)	0,098
Sim	53 (17,6)	31 (58,5)	22 (41,5)	
Considera que falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalhoⁱ				
Não	251 (83,4)	126 (50,2)	125 (49,8)	0,115
Sim	50 (16,6)	19 (38,0)	31 (62,00)	
Considera que existe divisão entre quem planeja e quem executa as tarefas^j				
Não	166 (55,2)	71 (43,8)	95 (57,3)	0,038
Sim	135 (44,8)	74 (54,8)	61 (45,2)	
Considera que a divisão de tarefas é injusta				
Não	245 (81,4)	115 (46,9)	130 (53,1)	0,370
Sim	56 (18,6)	30 (53,6)	26 (46,4)	

* Pearson Chi²/ Dados Ignorados: (a) 1, (b) 1, (c) 7, (d) 5, (e) 1.

Tabela 2. Características relativas a hábitos de vida e clínicas de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	n (%)	Inatividade Física		Valor de p
		Sim (n, %)	Não (n, %)	
Bloco 3. Variáveis clínicas				
Diabetes Mellitus				
Não	279 (93,0)	138 (49,3)	142 (50,7)	0,158
Sim	21 (7,0)	7 (33,3)	14 (66,7)	
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Não	231 (76,7)	117 (50,6)	114 (49,4)	0,118
Sim	70 (23,3)	28 (40,0)	42 (60,0)	
Transtorno de compulsão alimentar				
Não	239 (79,4)	115 (48,1)	124 (51,9)	0,970
Sim	62 (20,6)	30 (48,4)	32 (51,6)	
Índice de Massa Corpórea^a				
Magro/Eutrófico	107 (35,5)	58 (54,2)	49 (45,8)	0,120
Sobrepeso/Obesidade	194 (64,5)	87 (44,8)	107 (55,2)	
Sintomas depressivos				
Não	239 (79,4)	113 (50,5)	11 (49,5)	0,178
Sim	62 (20,6)	32 (41,6)	45 (58,4)	
Qualidade de vida autorreferida				
Boa/muito boa	158 (53,5)	89 (56,3)	69 (43,7)	0,003
Regular/ruim/muito ruim	143 (47,5)	56 (39,2)	87 (60,8)	
Nível de saúde autorreferido^b				
Boa/muito boa	181 (60,3)	102 (56,4)	79 (43,6)	0,001
Regular/ruim/muito ruim	119 (39,7)	43 (36,1)	76 (63,9)	
Bloco 4. Variáveis relativas a hábitos de Vida				
Tabagismo^c				
Não	247 (93,0)	131 (46,9)	148 (53,1)	0,081
Sim	21 (7,0)	14 (66,7)	7 (33,3)	
Uso abusivo de bebida alcoólica				
Não	247 (82,1)	115 (46,6)	132 (53,4)	0,231
Sim	54 (17,9)	30 (55,6)	24 (44,4)	

*Pearson χ^2 / Dados Ignorados: (a) 1, (b) 1, (c) 1.

Tabela 3. Associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física de acordo com variáveis sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	Associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física		Valor de p*
	RP	IC95%	
Bruta	1,05	0,96 - 1,15	0,259
Bloco 1. Variáveis sociodemográficas			
Sexo			
Masculino	1,032	0,88 - 1,20	0,32
Feminino	1,07	0,95 - 1,19	
Ajustada (M-H)	1,06	0,97 - 1,16	
Idade (em anos)			
18 a 39	1,05	0,92 - 1,20	0,67
≥ 40	1,04	0,92 - 1,18	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,15	
Escolaridade			
Pós-graduação stricto sensu	1,04	0,91 - 1,19	0,73
Graduação	1,11	0,98 - 1,25	
Fundamental ou médio	1,03	0,87 - 1,22	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,15	
Estuda atualmente			
Não	1,07	0,95 - 1,19	0,97
Sim	1,01	0,87 - 1,17	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,14	
Cor da pele			
Branca	0,92	0,71 - 1,19	0,34
Preta/parda	1,07	0,97 - 1,18	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,14	
Renda			
>2.800	1,13	0,97 - 1,31	0,54
≤ 2.800	1,02	0,97 - 1,18	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,15	
Bloco 2. Variáveis ocupacionais			
Tempo de trabalho na instituição (em anos)			
≤ 15	1,02	0,92 - 1,31	0,53
> 15	1,08	0,91 - 1,13	
Ajustada (M-H)			
Cargo de chefia			
Não	1,07	0,96 - 1,19	0,14
Sim	0,98	0,81 - 1,15	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,15	
Considera que as normas para a execução das tarefas são rígidas			
Não	1,08	0,97 - 1,19	0,97
Sim	0,96	0,79 - 1,14	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,14	

*p-valor do teste de homogeneidade de Breslow-Day

Tabela 3. Associação entre sintomas musculoesqueléticos de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019. Continuação.

Variáveis	Associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física		Valor de p*
	RP	IC95%	
Considera que o número de pessoas é insuficiente para a realização as tarefas			
Não	1,09	0,96 - 1,24	0,40
Sim	1,01	0,90 - 1,14	
Ajustada (M-H)	1,06	0,97 - 1,16	
Considera que existem disputas profissionais no local de Trabalho			
Não	1,02	0,92 - 1,13	0,83
Sim	1,19	1,02 - 1,39	
Ajustada (M-H)	1,05	0,97 - 1,15	
Considera que falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho			
Não	1,05	0,96 - 1,16	0,78
Sim	1,01	0,83 - 1,24	
Ajustada (M-H)	1,04	0,96 - 1,14	
Considera que existe divisão entre quem planeja e quem executa as tarefas			
Não	1,11	0,97 - 1,26	0,54
Sim	0,98	0,86 - 1,12	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,15	
Considera que a divisão de tarefas é injusta			
Não	1,03	0,94 - 1,14	0,18
Sim	1,10	0,92 - 1,32	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,14	

*p-valor do teste de homogeneidade de Breslow-Day

Tabela 4. Associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física de acordo com variáveis hábitos de vida e clínicas de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	Associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física		Valor de p*
	RP	IC95%	
Bruta	1,05	0,96 - 1,15	0,259
<i>Bloco 3. Variáveis clínicas</i>			
Diabetes Mellitus			
Não	1,05	0,96 - 1,15	0,92
Sim	1,00	0,69 - 1,14	
Ajustada (M-H)	1,05	0,93 - 1,14	
Hipertensão Arterial Sistêmica			
Não	1,03	0,93 - 1,14	0,87
Sim	1,10	0,90 - 1,34	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,15	
Transtorno de compulsão alimentar			
Não	1,04	0,94 - 1,15	0,40
Sim	1,08	0,91 - 1,29	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,14	
Índice de Massa Corpórea			
Magro/Eutrófico	1,01	0,91 - 1,11	0,71
Sobrepeso/Obesidade	1,09	0,96 - 1,25	
Ajustada (M-H)	1,06	0,97 - 1,16	
Sintomas depressivos			
Não	1,03	0,93 - 1,15	1,00
Sim	1,08	0,90 - 1,29	
Ajustada (M-H)	1,05	0,96 - 1,14	
Qualidade de vida autorreferida			
Boa/muito boa	1,10	1,01 - 1,21	0,56
Regular/ruim/muito ruim	1,02	0,98 - 1,17	
Ajustada (M-H)			
Nível de saúde autorreferido			
Boa/muito boa	1,05	0,95 - 1,17	0,83
Regular/ruim/muito ruim	1,06	0,90 - 1,26	
Ajustada (M-H)			
<i>Bloco 4. Variáveis relativas a hábitos de vida</i>			
Tabagismo			
Não	1,06	0,96 - 1,16	0,50
Sim	0,83	0,50 - 1,39	
Ajustada (M-H)	1,04	0,95 - 1,14	
Uso abusivo de bebida alcoólica			
Não	1,05	0,96 - 1,16	0,57
Sim	1,00	0,78 - 1,14	
Ajustada (M-H)	1,04	0,95 - 1,14	

*p valor do teste de homogeneidade de Breslow-Day.

Tabela 5. Associação entre inatividade física e distúrbios musculoesqueléticos entre trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	Associação entre sintomas musculoesqueléticos e inatividade física		Valor de p
	OR Bruta	OR Ajustada	
Idade			
≥ 40	1,82 (0,67 – 4,95)	1,47 (0,51 – 4,21)	0,469
< 40	4,21 (1,44 – 12,24)	3,70 (1,20 – 11,43)	0,022
Cor da pele			
Branca	0,19 (0,02 – 1,77)	0,16 (0,01 – 1,60)	0,119
Preta/parda	4,75 (1,98 – 11,43)	4,65 (1,92 – 11,24)	0,001
Distribuição injusta de tarefas de trabalho			
Sim	0,19 (0,03 – 1,03)	0,12 (0,02 – 0,80)	0,029
Não	7,02 (2,58 – 19,04)	7,00 (2,56 – 19,09)	<0,001

* Ajustado por renda, escolaridade e idade.

ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DEPRESSIVOS E A INATIVIDADE FÍSICA EM TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO NORDESTE DO BRASIL

ASSOCIATION BETWEEN DEPRESSIVE SYMPTOMS AND PHYSICAL INACTIVITY IN TECHNICAL AND ADMINISTRATIVE WORKERS OF A PUBLIC UNIVERSITY IN NORTHEAST BRAZIL

BECK FILHO, J. A.¹

PITTA, A. M. F.²

FRAGA-MAIA, H.³

¹Universidade Católica do Salvador, Universidade do Estado da Bahia, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Universidade Católica do Salvador, Brasil.

³. Universidade do Estado da Bahia, Brasil.

Correspondência para:

Jorge Augusto Beck Filho

Universidade Católica do Salvador

Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589 - Pituaçu, Salvador - BA, Brasil.

CEP: 41740-090

E-mail: jorgebeckfilho@gmail.com ☎(71- 99129.1020)

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação entre sintomas depressivos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico analítico de cunho transversal, realizado com trabalhadores técnico-administrativos lotados em uma universidade pública do Estado da Bahia. A coleta foi realizada no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019. A magnitude da associação em investigação foi estimada pelo cálculo da razão de chances (Odds Ratio, OR), adotando-se o intervalo de confiança a 95% (IC95%) como medida de precisão. A análise multivariada foi executada, utilizando-se o valor de $p \leq 0,20$ e a consistência teórica de associação com o desfecho como critérios de triagem para inclusão da variável independente. Permaneceram no modelo final somente aquelas variáveis que apresentaram associação significativa com o desfecho, com valor de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Preencheram os critérios de elegibilidade 348 servidores, os quais foram convidados a participar do estudo. 86,2% (301) dos funcionários elegíveis realizaram efetivamente entrevistas, compondo a população deste estudo. Desses 25,7% (77) apresentaram sintomas depressivos, e 52,0% (156) declararam inatividade física. Considerando toda a amostra, a associação entre sintomas depressivos e inatividade física foi positiva (RP: 1,30), entretanto, sem significância estatística (IC95%: 0,88 – 1,93; $p=0,19$). A ocorrência de sintomas depressivos e a ausência da prática de atividade física se mostraram associadas de acordo com os modificadores de efeito, tempo de trabalho na instituição ≤ 15 anos (OR=4,45; IC 95%: 1,09 – 18,14) e lotação em setores administrativos (OR=2,41; IC95%: 1,22 – 4,76). **Conclusão:** Os resultados evidenciam a associação entre os sintomas depressivos e a inatividade física entre os trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia, tendo como principais fatores o tempo de trabalho na instituição e a lotação de exercício das atividades do servidor. Tais achados apontam para a necessidade peremptória da criação de estratégias organizacionais de enfrentamento das questões relativas ao sofrimento psíquico e manifestações físico-psicopatológicas.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Trabalhadores técnico-administrativos; Sintomas depressivos; Inatividade física.

ABSTRACT

Objective: To investigate the association between depressive symptoms and physical inactivity in technical-administrative workers at a public university in Northeastern Brazil. **Material and Methods:** This is a cross-sectional analytical epidemiological study, carried out with technical-administrative workers assigned to a public university in the State of Bahia. Data collection was carried out from november 2018 to december 2019. The magnitude of the association under investigation was estimated by calculating the odds ratio (OR), adopting the 95% confidence interval (95%CI) as a measure of precision. Multivariate analysis was performed, using p value ≤ 0.20 and theoretical consistency of association with the outcome as screening criteria for inclusion of the independent variable. Only those variables that showed a significant association with the outcome remained in the final model, with a p-value ≤ 0.05 . **Results:** 348 civil servants met the eligibility criteria and were invited to participate in the study. 86.2% (301) of the eligible employees effectively carried out the interviews, making up the population of this study. Of these, 25.7% (77) had depressive symptoms, and 52.0% (156) reported physical inactivity. Considering the entire sample, the association between depressive symptoms and physical inactivity was positive (PR: 1.30), however, without statistical significance (95%CI: 0.88 – 1.93; p=0,19). The occurrence of depressive symptoms and the absence of physical activity were associated according to the effect modifiers, working time ≤ 15 years (OR=4.45; 95% CI: 1.09 – 18.14) and staffing in administrative sectors (OR=2.41; 95%CI: 1.22 – 4.76). **Conclusion:** The results show the association between depressive symptoms and physical inactivity among technical-administrative workers at a public university in the State of Bahia, with the main factors being working time and capacity to exercise the server's activities. These findings point to the peremptory need to create organizational strategies to face issues related to psychological distress and physical-psychopathological manifestations.

Keywords: Worker's health; Technical-administrative workers; Depressive symptoms; Physical inactivity.

INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno psíquico derivado da combinação de fatores genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais, caracterizado pela ocorrência de sintomas variados como a tristeza profunda, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, isolamento, pessimismo, baixa autoestima, dificuldade de concentração, irritabilidade, sentimento de inutilidade e, muitas vezes, pensamentos recorrentes de morte que podem levar ao suicídio (WHO, 2018). Acompanhada de outros sintomas cognitivos, comportamentais e neurovegetativos que afetam de forma significativa a capacidade funcional do indivíduo, a depressão está associada a uma alta incapacidade e perda de habilidades sociais, com elevados custos econômicos e emocionais, representando um dos mais graves problemas de saúde pública na atualidade para a sociedade mundial (WHO, 2018; KANDOLA, et al., 2019; FERREIRA et al., 2019).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que o número total estimado de pessoas que vivem com depressão em todo o mundo é de mais de 322 milhões, evidenciando um aumento de 18,4% entre os anos de 2005 e 2015, reflexo do crescimento da população global, assim como das faixas etárias em que a depressão é mais prevalente (WHO, 2017). No Brasil, segundo os dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2019, 16,3 milhões de pessoas com mais de 18 anos sofriam da doença, um aumento de 34,2%, entre os anos 2013 e 2019. Os estados das regiões Sul e Sudeste do país registraram as maiores prevalências de casos da doença, 15,2% e 11,5%, respectivamente, seguidos pelas regiões Centro-Oeste (10,4%), Nordeste (6,9%) e Norte (5%) (IBGE, 2020). Entre os anos de 2012 e 2016, 1.020.010 auxílios-doença, classificados como transtornos mentais e comportamentais, foram concedidos no Brasil. Destes, 383.817 (37,6%) foram classificados como episódios depressivos ou transtorno depressivo recorrente, sendo 19.911 (5,2%) relacionados ao trabalho (BRASIL, 2017).

O tratamento tradicional para a depressão, que inclui a integração entre os fármacos e a psicoterapia, eficaz em muitas situações, sofre grandes desafios diante da alta complexidade diagnóstica representada pela variação dos seus sintomas, bem como pela presença de efeitos adversos e, muitas vezes, pelo seu difícil acesso (HARVEY et al., 2018; KANDOLA et al., 2019). Por conseguinte, a atividade física (AF), definida como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético que demande gasto energético acima dos níveis de repouso, é apontada pela OMS como um importante promotor de ganhos individuais à saúde física e mental, se constituindo como um dos principais coadjuvantes no combate e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas a depressão (WHO, 2018; HARVEY et al., 2018; KANDOLA et al., 2019; SOUZA et al., 2019).

No contexto do trabalho, o sofrimento psíquico pode estar diretamente relacionado às experiências vivenciadas com a sua gestão organizacional, nas quais a combinação de aspectos, como elevada carga de trabalho e complexidade das tarefas, insatisfação profissional pela ausência de reconhecimento do desempenho por parte das chefias e colegas de trabalho, dificuldades de ascensão profissional, dentre outros, se articulam. Desta forma, as diversas situações presentes no ambiente laboral, associadas às constantes frustrações, constituem-se em riscos potenciais de influência para a gênese do sofrimento e adoecimento mental, o que pode afetar a vida pessoal e profissional do trabalhador (SILVA, 2011; BASTOS et al. 2018; LOPES; SILVA, 2018; LOUREIRO, 2018).

Nesse cenário, os trabalhadores técnico-administrativos, por desempenharem atividades burocráticas que exigem grandes responsabilidades e um elevado nível de concentração, além do estresse e pressão excessiva para o cumprimento das suas tarefas, se caracterizam como uma população vulnerável a ocorrência de tais sintomas, principalmente quando propensos à manutenção de hábitos comportamentais inadequados como à inatividade física (LOPES; SILVA, 2018).

Não obstante, a relação de sintomas depressivos e inatividade física entre os trabalhadores de comportamento sedentário e as consequências sobre as suas potencialidades físicas e mentais, a investigação a respeito da associação destes com aspectos ocupacionais, clínicos gerais e relativos a hábitos de vida têm sido pouco referidos. Deste modo, o objetivo deste estudo foi investigar a associação entre sintomas depressivos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico de cunho transversal realizado com trabalhadores técnico-administrativos lotados em uma universidade pública do Estado da Bahia. Foram incluídos aqueles que tinham tempo mínimo de um ano de trabalho na função e que aceitaram, voluntariamente, responder o instrumento de pesquisa, mesmo em gozo de férias, licença gestação, licença médica ou benefício, após ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os estagiários, as mulheres grávidas e os que não foram localizados em seus postos de trabalho ou recusaram por mais de duas oportunidades a fazer o agendamento.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerado o número total 715 servidores públicos ativos, efetivos e terceirizados, contratados como profissionais de apoio, técnicos e

analistas universitários lotados no Campus I, em Salvador. Foi utilizado como parâmetro para o referido cálculo aprevalência de sintomas depressivos de 34,2% (PNS), poder do estudo de 80,0% e efeito dodesenho de 1. Com estes parâmetros o número amostral estimado foi de 233 trabalhadores. Em função de possíveis perdas e recusas este quantitativo foi acrescido de 10%, totalizando 256 funcionários. Os cálculos foram realizados no pacote estatístico Openepi (www.openepi.com). Os dados primários foram coletados com aplicação de formulários face-a-face e no período de novembro de 2018 a dezembro de 2019 pelos pesquisadores participantes do estudo, agendadas para horários de conveniência do trabalhador. Após esta etapa inicial, todos foram convidados a participar da avaliação antropométrica realizadas por entrevistadores treinados especificamente para tal finalidade. Um estudo piloto foi realizado com servidores técnico-administrativos de outra instituição de nível superior, tendo como objetivo testar a compreensão das perguntas do questionário, bem como treinar os pesquisadores para sua aplicação.

Foi utilizado o instrumento do Projeto Condições de Saúde dos Trabalhadores Técnico-Administrativos de uma Universidade Pública do Estado da Bahia - Estudo COSTTA, composto por escalas validadas (NMQ, TCAP, PHQ9, AUDIT e IPAQ), além de questões sobre as características sociodemográficas, clínicas, psicossociais, especialmente saúde mental no trabalho, relativas ao estilo de vida e características do trabalho.

No bloco de variáveis sociodemográficas, foram incluídas o sexo, a idade em anos e a cor da pele branca e preta ou parda, definida pelo entrevistador e classificada de acordo com o IBGE, 2013. A escolaridade foi categorizada em pós-graduação stricto sensu, graduação e em ensino fundamental. A situação conjugal foi definida de modo bivariado considerando a existência ou ausência de companheiro. A classificação da renda mensal foi definida em reais como $> 2.800,00$ e $\leq 2.800,00$. Com relação às variáveis ocupacionais, o tempo de trabalho na instituição, avaliado em > 15 anos e ≤ 15 anos, setor de lotação, categorizado em administração central e setores acadêmicos, além da ocupação, ou não, da função de chefia. Para avaliação dos itens organização do trabalho, condições de trabalho e as relações socioprofissionais dos trabalhadores, foram empregadas as seguintes variáveis da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT): existência de normas rígidas para a execução das tarefas, insuficiência de pessoas para a realização das tarefas, existência de disputas profissionais no local de trabalho, ausência de tempo para realização de pausas de descanso, existência divisão entre quem planeja e quem executa as tarefas e distribuição injusta de tarefas do trabalho, todas elas analisadas dicotomicamente (MENDES; FERREIRA, 2007).

Com o objetivo de avaliar a frequência da dor musculoesquelética, foi aplicado o *Nordic*

Musculoskeletal Questionnaire (NMQ), não indicado como base para diagnóstico clínico, mas para a identificação de sintomas musculoesqueléticos, sendo, portanto, importante instrumento de diagnóstico do ambiente de trabalho para elaboração de medidas preventivas, o qual relata a ocorrência dos sintomas considerando os 12 meses e os sete dias precedentes à entrevista, assim como a ocorrência de afastamento das atividades rotineiras no último ano. As regiões anatômicas questionadas foram pescoço, ombros, costas (parte superior), cotovelos, punhos/mãos, costas (parte inferior), quadril/ coxas, joelhos e tornozelos/pés (KUORINKA et al., 1987). No presente estudo considerou-se como presença de sintomas musculoesqueléticos a ocorrência dos mesmos nos últimos 12 meses definidos categoricamente.

Para avaliação da pressão arterial três medidas foram realizadas pelo mesmo pesquisador, ambas no braço esquerdo, respeitando o intervalo de 1 minuto entre elas. Foram classificados como hipertensos aqueles cujas médias das medidas de pressão fossem iguais ou superiores a 140 mmHg e 90 mmHg para sistólica e diastólica respectivamente. Foram considerados diabéticos aqueles, cujo valor de referência foi ≥ 126 mg/dl, a partir dos resultados da glicemia de jejum. Para a identificação da presença de transtorno alimentar, a compulsão alimentar foi avaliada por meio do questionário baseado no *Structured Clinical Interview for DSM-IV-SCID-I/P* para os diagnósticos de Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (DSM-IV, 1995).

As questões de saúde mental dos entrevistados foram analisadas pelos dados fornecidos através do instrumento *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Este instrumento tem como finalidade de avaliar a suspeição de sintomas depressivos, tais como humor deprimido, problemas com o sono, perda do interesse pelas coisas a serem feitas, falta de energia, mudança de apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, sensação de lentidão ou inquietude fora do normal, problemas de concentração e até pensamentos suicidas. O PHQ-9 é composto por nove itens que podem variar de 0 a 27 pontos no total. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3, correspondendo às respostas "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. A análise é feita considerando a pontuação total das respostas, os participantes que tiveram pontuação igual ou maior que 10 foram identificados com suspeição de sintomas depressivos. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar. Este é um instrumento de aplicação rápida, podendo ser autoaplicável, caracterizando-se como uma vantagem em estudos do tipo epidemiológico, graças a sua sensibilidade e especificidade (SANTOS et al., 2013). Investigou-se ainda como o trabalhador avaliava sua qualidade de vida,

bem como o seu nível de saúde e estas foram categorizadas em boa/muito boa e em regular/ruim/muito ruim.

Com relação aos hábitos de vida, foi verificado se os mesmos fumavam atualmente, ou seja, nos trinta dias antecedentes à pesquisa. Com o objetivo de identificar o uso abusivo de bebidas alcoólicas, foi utilizado o *Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT, instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1992, traduzido e validado no Brasil em 2001 (NIAAA, 2000). No presente estudo, adotaram-se os pontos de corte de < 8 para abstinentes ou bebedores eventuais e ≥ 8 pontos para aqueles que bebiam de modo abusivo ou que apresentavam consumo de risco. Para classificação do nível de atividade física dessa população foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), o qual considera ativos fisicamente os que praticarem atividade física de intensidade leve, moderada ou vigorosa por mais de trinta minutos em cinco ou mais dias na semana (MATSUDO et al., 2001). No presente estudo, a atividade física foi categorizada em insuficiente ou suficiente e em ausente, considerando a quantidade, mínima, de dez minutos praticados diariamente, independente da sua intensidade.

Os dados coletados foram tabulados no *Microsoft Excel for Windows*® e as análises conduzidas no pacote estatístico *Stata* (v.14.0), onde foram realizadas correções e eliminações de inconsistências. A análise descritiva identificou as características gerais e específicas da população estudada e permitiu a comparação das prevalências de sintomas depressivos e inatividade física, segundo as características encontradas. Já as análises bivariadas foram realizadas com o intuito de identificar o conjunto de variáveis que mais se associaram com o desfecho considerando-se o valor do Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher (χ^2). A magnitude da associação em investigação foi estimada pelo cálculo da razão de chances (Odds Ratio, OR), adotando-se o intervalo de confiança a 95% (IC95%) como medida de precisão.

A análise multivariada foi executada, utilizando-se o valor de $p \leq 0,20$ e a consistência teórica de associação com o desfecho como critérios de triagem para inclusão da variável independente (HOSMER JR; LEMESHOW; STURDVANTY, 2013). Permaneceram no modelo final somente aquelas variáveis que apresentaram associação significativa com o desfecho, com valor de $p \leq 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, CAAE No 7498.5617.2.20000.5628 por meio da Plataforma Brasil, tendo sido apreciado todos os preceitos éticos de acordo com as normativas da Resolução 466/2012. Os autores preservaram o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas pelos

participantes.

RESULTADOS

Preencheram os critérios de elegibilidade 348 servidores, os quais foram convidados a participar do estudo. 86,2% (301) funcionários elegíveis realizaram efetivamente as entrevistas, compondo a população deste estudo. Observou-se que 25,7% (77) apresentaram sintomas depressivos, e 52,0% (156) declararam inatividade física. Considerando toda a amostra, a associação entre sintomas depressivos e inatividade física foi positiva (RP: 1,30), entretanto, sem significância estatística (IC95%: 0,88 – 1,93; $p = 0.19$).

As características sociodemográficas e ocupacionais, e as prevalências de inatividade física em cada estrato estão descritas na Tabela 1. Foi observada uma amostra, em sua maioria, composta por mulheres (71,1%), jovens (18 a 39 anos) (52,5%), com ensino superior, ou seja, com graduação e/ou pós-graduação (59,6%). Detectou-se também que 66,8% não estudavam à época da coleta, e 84,3% referiram cor da pele preta ou parda. Quanto à situação ocupacional, apresentavam renda de até R\$2.800,00 (72,8%), com vínculos de trabalho não efetivos (54,5%), que tem até 15 anos de tempo de trabalho (70,8%), lotados na administração central (69,3%), que não ocupavam cargos de chefia (77,7%), que não encaram situações de disputas profissionais no local de trabalho (82,4%) ou distribuição injusta de tarefas (81,4%), sem ritmo excessivo de trabalho (76,4%), sem insuficiência de material de consumo (52,2%) ou barulho no ambiente de trabalho (83,1%). Cada um desses estratos apresentou prevalências distintas de inatividade física, com frequências maiores e estatisticamente significantes observadas entre os homens ($P=64,4\%$, $p<0,001$). As diferenças nos outros estratos não apresentaram significância estatística (Tabela 1).

Na Tabela 2 são descritas as características clínicas e relativas aos hábitos de vida, bem como sua associação com a inatividade física entre servidores. Observou-se a população que não fumava (93,0%), não bebia (82,1%), não tinha diagnóstico de diabetes mellitus (93,0%), hipertensão (76,7%) ou transtorno de compulsão alimentar (79,4%), mas apresentavam distúrbios musculoesqueléticos (87,0%), consideravam a qualidade de vida boa ou muito boa (52,5%) e autopercepção de saúde boa ou muito boa (60,3%). As maiores prevalências de inatividade física foram observadas entre aqueles que consideravam boa ou muito boa sua qualidade de vida ($P = 56,3\%$, $p = 0,003$) e os que se percebiam como saudáveis ou muito saudáveis ($P = 56,4\%$, $p = 0,001$). Os outros estratos avaliados não apresentaram significância estatística (Tabela 2).

As análises estratificadas, associação entre sintomas depressivos e inatividade física por

estrato das covariáveis, estão apresentadas nas Tabelas 3 e 4. Considerando o teste de homogeneidade de Breslow-Day, as variáveis “Tempo de trabalho na instituição” e “Lotação” foram identificadas como modificadoras de efeito ($p \leq 0,05$), e, portanto, modelos por cada estrato foram avaliados (Tabela 5).

Desta forma, foram avaliados 4 modelos de regressão logística multivariada: Modelo 1, estratificado por tempo de trabalho em anos e ajustado por sexo, renda, escolaridade e diabetes mellitus, dando origem ao Modelo 1a, no qual os profissionais com até 15 anos de trabalho apresentaram uma forte e positiva associação entre sintomas depressivos e inatividade física (OR=4,45; IC 95%: 1,09 – 18,14); e o Modelo 1b, onde os profissionais com mais de 15 anos de trabalho apresentaram associação negativa entre sintomas depressivos e inatividade física (OR=0,83), mas sem significância estatística (IC 95%: 0,43 – 1,61; $p=0,590$). O Modelo 2 foi estratificado por lotação e ajustado por renda, escolaridade e idade. Assim, a associação entre sintomas depressivos e inatividade física em trabalhadores lotados nos setores acadêmicos foi negativa (OR=0,40) (Modelo 2a), mas sem significância estatística (IC 95%: 0,15 – 1,09; $p=0,074$). Já entre os profissionais lotados na administração central (Modelo 2b), ao contrário, a associação foi positiva e estatisticamente significativa (OR=2,41; IC95%: 1,22 – 4,76) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

No presente estudo, o tempo de trabalho na instituição inferior ou igual a 15 anos se mostrou fortemente associado com sintomas depressivos e inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil. Oliveira et al., em análise das características epidemiológicas de afastamentos do trabalho por Transtornos Mentais e de Comportamento (TMC) entre servidores públicos federais do Poder Executivo do Estado do Tocantins, incluindo episódios de sintomas depressivos, identificaram uma correlação das variáveis tempo no serviço público (66,0%, ≤ 9 anos de serviço) e de tempo no órgão federal (77,7%, ≤ 12 anos de serviço), com a quantidade de dias de afastamentos ($p=0,010$; $p=0,026$, respectivamente). Para os autores, os resultados podem ser justificados por diversos fatores, dentre eles, a intensa demanda dos serviços e a precarização das estruturas físicas e de gestão pública, não se deixando de consideraras particularidades do serviço público do referido estado, constituído na sua maioria por pessoas advindas de diferentes localidades. Os pesquisadores apontaram também, como aspectos relevantes, a possibilidade da má adaptação dos novos servidores às rotinas e funções no serviço público, assim como as condições e as relações interpessoais do cotidiano de trabalho, principalmente para aqueles que

se encontravam em estágio probatório. Tais fatores, associados aos hábitos comportamentais inadequados e às dificuldades de implementação de ações de promoção de saúde e segurança do trabalho, podem influenciar a saúde mental dos sujeitos e agir como desencadeadores dos TCM (OLIVEIRA et al, 2014).

Pitta, em estudo com o objetivo de investigar associações entre as características do processo de trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores de um hospital geral no município de São Paulo, estimou uma prevalência de 24,33% para sofrimento psíquico em trabalhadores que desenvolviam suas atividades no hospital entre cinco e quatorze anos (22,8%), muito possivelmente, no exercício da mesma profissão-ocupação. Dentre o número de “suspeitos” por grupos de doença os TMC despontaram com a frequência de 53,1%, além das patologias de provável etiologia psicossomática com 20,6%. A autora chamou a atenção para o fato de que, quando agrupados, para efeito de discussões etiológicas, os transtornos mentais, as doenças psicossomáticas, as poliqueixas, assim como as enfermidades mal definidas, representaram cerca de 27,7% dos problemas de saúde entre a população estudada. (PITTA, 2010).

A despeito da associação entre sintomas depressivos e inatividade física em trabalhadores com tempo de trabalho não apresentar explicações satisfatórias na literatura, o que impossibilita comparações mais robustas, a existência desse fenômeno no serviço público pode estar associada a outras variáveis intrínsecas e extrínsecas ao ambiente laboral, as quais precisam ser investigadas. Fatores como as intensas jornadas de trabalho, as tarefas repetitivas e sua distribuição, muitas vezes, injustas e inadequadas que impossibilitam a disposição dos trabalhadores para concretização de hábitos salutareis à proteção e manutenção da saúde devem ser considerados. De modo semelhante, a boa convivência social, familiar e comunitária, assim como a diversão e a prática de atividade física regular, precisam ser incluídos como fatores de autocuidado em saúde.

No presente estudo, estar lotado nos setores da administração central também se associou com maior frequência de sintomas depressivos entre os que não praticavam atividade física. Em investigação realizada em onze setores administrativos do campus central da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com o objetivo de caracterizar as condições de trabalho e identificar a ocorrência de sofrimentos psíquicos entre servidores técnico-administrativos, quatro enfermidades relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais foram informadas pelos participantes, a saber, o estresse, a ansiedade, a depressão e a síndrome do pânico. Entretanto, a depressão despontou em primeiro lugar nos registros do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE-Saúde) no período de 2011 a 2014. Ressalta-se que, a despeito da existência do Programa Qualidade de Vida no Trabalho – PQVT “Viver

em Harmonia”, com o objetivo de promover a adoção de um estilo de vida mais saudável entre seus servidores, apenas 18% dos entrevistados responderam que participavam de alguma das diversas atividades propostas pelo programa institucional. Muitos trabalhadores alegaram a não adesão em virtude da maioria das ações ocorrerem no horário do expediente (CAMPELO; RÊGO, 2015).

Fernandez e Souza em pesquisa cujo objetivo foi verificar a associação entre as taxas de absenteísmo-doença e as variáveis psicossociais qualidade de vida, estresse percebido e satisfação no trabalho, estimaram prevalências significativas de estresse (51,7%), de sedentarismo (48,2%) e de doenças crônicas (25,2%) entre os trabalhadores técnico-administrativos lotados nas pró-reitorias de gestão de pessoas e de planejamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apesar da inexistência da associação dos fatores psicossociais com os índices de afastamento por licença-saúde na população estudada, verificou-se a correlação entre os níveis de estresse elevados com a piora na qualidade de vida ($p < 0,01$) e com a insatisfação no trabalho ($p < 0,01$). A ocorrência de doenças crônicas, na amostra total, se associou a menores índices de qualidade de vida e maiores níveis de estresse percebidos (FERNANDES; SOUZA, 2018).

Apesar da escassez de estudos a respeito da associação entre sintomas depressivos e inatividade física em trabalhadores lotados em setores administrativos, o resultado obtido no presente estudo pode ser relativamente explicado pelo fato de que as funções exercidas por estes são marcadas pela pressão por cumprimento de metas, prazos, normas, regimentos institucionais rígidos e resultados de produção. Ressalta-se que ainda cabem a coordenação, o acompanhamento e a avaliação permanentemente dos programas institucionais, dos contratos, convênios e denominações assemelhadas, em colaboração com os demais órgãos da administração superior e setorial, dentre outras competências. Já os servidores lotados nos setores acadêmicos, diferentemente, são responsáveis pela assessoria administrativa e pedagógica tanto à direção da unidade, às coordenações de cursos, aos departamentos e aos docentes, assim como o atendimento aos discentes e ao público externo. Desta forma, os transtornos mentais e comportamentais podem ser considerados uma resposta às pressões do ambiente organizacional, os quais, além de impactarem nas relações pessoais e profissionais dos trabalhadores, são importantes fatores de risco para as DCNT, constituindo-se em uma das principais causas de afastamento das atividades laborais.

Nesse contexto, a execução de atividade física de forma regular configura-se como um relevante aliado à saúde diante dos fatores estressantes da rotina de trabalho apresentando-se como fator de proteção e promoção de saúde, em virtude da sua relação com a qualidade de

vida e bem-estar do indivíduo nos aspectos inerentes à saúde física, psíquica e cognitiva, proporcionando, conseqüentemente, o alívio do estresse e das tensões advindas da vida em todos os seus aspectos.

Evidências sugerem que a prática regular da atividade física pode reduzir o risco de início, da gravidade e também da recaída de sintomas depressivos. Há de se ponderar que, apesar dos indicadores científicos, o efeito protetor da atividade física, no que se refere à frequência, intensidade e duração da sua ocorrência, se mostra ainda inconsistente. A despeito das recomendações de saúde pública da OMS para a prática de, pelo menos, 150 a 300 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou vigorosa que o equivalha, estudos apontam para o fato de que qualquer tipo de atividade física, incluindo a atividade leve, principalmente entre os adultos com baixa aptidão, realizada como parte do trabalho, esporte e lazer ou transporte por, no mínimo, 10 minutos diários, contribuem para a geração de benefícios e mitigação dos riscos à saúde entre os indivíduos de comportamento sedentário (HARVEY et al., 2018; WHO, 2020; KANDOLA et al., 2019; KANDOLA et al., 2020; MÉNDEZ-GIMÉNEZ et al, 2021).

A coleta de dados primários realizada face-a-face com aplicação de questionários validados para o idioma português do Brasil e a formação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, submetida a treinamentos quanto à aplicação do instrumento e das avaliações físicas necessárias, são consideradas pontos fortes do presente estudo. Complementa as vantagens a realização de um estudo piloto para calibrar os envolvidos e verificar o entendimento do instrumento de pesquisa.

Considera-se uma limitação do estudo a possibilidade da exclusão de servidores, principalmente aqueles afastados por condições crônicas, apesar das inúmeras tentativas de agendamentos para entrevistas terem sido realizadas no sentido de permitir a participação de todos os trabalhadores. Assim, o fato de se privilegiara inclusão dos que estavam no exercício ativo da profissão pode caracterizar a ocorrência do viés do trabalhador sadio. No mesmo sentido, a seleção da amostra realizada unicamente no campus da cidade de Salvador, em virtude do embargo da continuidade da coleta dos dados pela pandemia de Covid-19, deflagrada no Brasil a partir de março de 2020, pode ser também apontada como limitação do estudo. Dessa forma, os trabalhadores técnico-administrativos das demais 23 sedes da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) não foram contemplados, o que pode representar a não veracidade do que é vivenciado por esta população na sua totalidade.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo evidenciam a associação entre os sintomas depressivos e a inatividade física em os trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia, tendo como principais fatores o tempo de trabalho e a lotação do servidor. Tais achados apontam para a necessidade peremptória da criação de estratégias organizacionais de enfrentamento das questões relativas ao sofrimento psíquico e manifestações físico-psicopatológicas. Ações baseadas em intervenções que direcionem a saúde física e mental do trabalhador, através de adaptações na gestão organizacional e da criação de programas eficazes de incentivo aos potenciais benefícios para a saúde e bem-estar proporcionados pela realização de atividades físicas no ambiente de trabalho, poderão ser determinantes na prevenção e controle dos fatores de risco para a ocorrência do sofrimento psíquico entre os trabalhadores. Sugere-se a realização de novos estudos que proporcionem a padronização dos métodos de avaliação da exposição à sintomatologia depressiva e de suas repercussões sobre a qualidade de vida e de trabalho dos servidores, objetivando adoção de medidas e procedimentos preventivos eficazes individuais e coletivos.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, M. L. A. et al. Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. *Ver. Bras. Med. Trab.* 2018; 16(1):53-9.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e da Previdência. Tabelas- CID-10: Auxílios-doença acidentários e previdenciários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças- CID-10 [Internet]. 2017 [citado 2017 Jul 9]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>.
- CAMPELO, G. P.; RÊGO, D. P. Condições de trabalho e saúde psíquica de trabalhadores técnico-administrativos da UFRN. Dissertação [Mestrado Profissional], Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Natal, RN, 2015.
- DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual, IV edition - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Dayse Batista, 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- FAORO, M. W.; PATUSSI, M. P.; PANIZ, V. M. V. Prevalência de dor musculoesquelética relacionada ao trabalho e associação com transtornos psiquiátricos menores. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva], Universidade de Vala do Rios dos Sinos – Unisinos, Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Leopoldo, 2012.
- FERNANDES, E. H.; SOUZA, A. Qualidade de vida, estresse percebido, satisfação no trabalho e absenteísmo-doença de técnicos administrativos de uma universidade Dissertação [Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano], Universidade La Salle, Canoas, 2018.
- FERREIRA, A. P. et al. The depressive symptomatology in workers of a public university: a cohort study of the associated factors. *R. Enferm. UFJF*, 2019; 5(1): 1-19.
- HARVEY, S, B. et al. Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 2018, Jan 1;175(1):28-36. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16111223. Epub 2017 Oct 3.
- HOSMER JR, D.; LEMESHOW, S.; STURDVANTY, R. Applied logistic regression Vol. 398. New York: John Wiley & Sons. 2013.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.
- KANDOLA, A. et al. Physical activity and depression: towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (2019), doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.04>.
- KANDOLA, A. et al. Depressive symptoms and objectively measured physical activity and sedentary behaviour throughout adolescence: a prospective cohort study. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 262–71, doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30034-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30034-1)
- KUORINKA, I. et al. Standardized Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, v. 18, n. 3, p. 233-237, 1987.

LOPES, S. V.; SILVA, M. C. Estresse ocupacional e fatores associados em servidores públicos de uma universidade federal do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11):3869-3880, 201, 2018.

LOUREIRO, T. O prazer-sofrimento de técnicos de laboratório em uma instituição federal de ensino superior do sudeste brasileiro: a (in)viabilidade da remoção. *Revista Práticas em Gestão Pública Universitária*, ano 2, v. 2, n. 1, jan.-jun. 2018.

MÉNDEZ-GIMÉNEZ, A. et al. Physical Activity and Prevention of Depressive Symptoms in the Spanish Population During Confinement due to COVID-19. *Psicothema*, 2021, Vol. 33, No. 1, 111-117 doi: 10.7334/psicothema 2020.294

MATSUDO et al. Questionário Internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física e Saúde*, v. 6, n. 2, 2001.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre Trabalho e Riscos de adoecimento - ITRA: Instrumento de indicadores críticos no trabalho. In: Mendes AM, organizadora. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 111-128.

MURRAY, C. J. L. et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1204–22.

NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. [Internet] Publications; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). 2000. Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/NR/rdonlyres/287137A9-62BF-4EDE-A752-4A351C57A0B8/0/Audit.pdf>

OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. Z. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, 40 (132): 156-169, 2015.

PITTA, A. M. F. *Hospital: dor e morte como ofício*. 7. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

SANTOS et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(8):1533-1543, ago, 2013.

SILVA, E. S. *Trabalhos e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA-JUNIOR JS, FISCHER FM. Sickness absence due to mental disorders and psychosocial stressors at work *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(4):735-44. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/en_1980-5497-rbepid-18-04-00735.pdf.

Souza et al. Níveis de atividade física e fatores associados entre professores de medicina. *Ciência & Saúde* 2019;12(3): e33643.

WHO - World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th revision*, 2018. – ICD 11. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

WHO - World Health Organization. Physical activity: Fact sheet; 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [capturado em 6 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/physical-activity>.

WHO - World Health Organization. Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance]. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2020.

Tabela 1. Características sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	n (%)	Inatividade Física		Valor de p
		Sim (%)	Não (%)	
Sexo				
Masculino	87 (28,9)	56 (64,4)	31 (35,6)	< 0,001
Feminino	214 (71,1)	89 (41,6)	125 (58,4)	
Idade (em anos)				
18 a 39	158 (52,5)	73 (46,2)	85 (53,8)	0,472
≥ 40	143 (47,5)	72 (50,4)	71 (49,6)	
Escolaridade^a				
Pós-graduação stricto sensu	118 (39,3)	59 (50,0)	59 (50,0)	0,838
Graduação	61 (20,3)	30 (49,2)	31 (50,8)	
Fundamental ou médio	121 (40,4)	56 (46,3)	65 (53,7)	
Estuda atualmente				
Não	201 (66,8)	98 (48,8)	103 (51,2)	0,774
Sim	100 (33,2)	47 (47,0)	53 (53,0)	
Cor da pele^b				
Branca	47 (15,7)	22 (46,8)	25 (53,2)	0,820
Preta/parda	253 (84,3)	123 (48,6)	130 (51,4)	
Renda				
>2.800	82 (27,2)	44 (53,7)	38 (46,3)	0,244
≤ 2.800	219 (72,8)	101 (46,1)	118 (53,9)	
Vinculação profissional				
Efetivos	137 (45,5)	68 (49,6)	69 (50,4)	0,643
Terceirizados/comissionados	164 (54,5)	77 (47,0)	87 (53,0)	
Tempo de trabalho na instituição (em anos)^c				
≤ 15	208 (70,8)	105 (50,5)	103 (49,5)	0,127
> 15	86 (29,2)	35 (40,7)	51 (59,3)	
Lotação^d				
Setores acadêmicos	91 (30,7)	38 (41,8)	53 (58,2)	0,154
Administração central	205 (69,3)	104 (50,7)	101 (49,3)	
Cargo de chefia^e				
Não	233 (77,7)	108 (46,4)	125 (53,6)	0,200
Sim	67 (22,3)	37 (55,2)	30 (44,8)	
Existência de disputas profissionais no local de trabalho				
Não	248 (82,4)	114 (46,0)	134 (54,0)	0,098
Sim	53 (17,6)	31 (58,5)	22 (41,5)	
Distribuição injusta de tarefas do trabalho				
Não	245 (81,4)	115 (46,9)	130 (53,1)	0,370
Sim	56 (18,6)	30 (53,6)	26 (46,4)	
Ritmo de trabalho excessivo				
Não	230 (76,4)	109 (47,4)	121 (52,6)	0,625
Sim	71 (23,6)	36 (50,7)	35 (49,3)	
Insuficiência de material de consumo				
Não	157 (52,2)	74 (47,1)	83 (52,9)	0,706
Sim	144 (47,8)	71 (49,3)	73 (50,7)	
Existência de barulho no ambiente de trabalho				
Não	250 (83,1)	117 (46,8)	133 (53,2)	0,291
Sim	51 (16,9)	28 (54,9)	23 (45,1)	

* Pearson Chi²/ Dados Ignorados: (a) 1, (b) 1, (c) 7, (d) 5, (e) 1.

Tabela 2. Características relativas a hábitos de vida e clínicas de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	n (%)	Inatividade Física		Valor de p
		Sim (%)	Não (%)	
Fuma^a				
Não	279 (93,0)	131 (47,0)	148 (53,0)	
Sim	21 (7,0)	14 (66,7)	7 (33,3)	0,081
Consumo abusivo de álcool				
Não	247 (82,1)	115 (46,6)	132 (53,4)	
Sim	54 (17,9)	30 (55,6)	24 (44,4)	0,231
Diabetes Mellitus				
Não	280 (93,0)	138 (49,3)	142 (50,7)	
Sim	21 (7,0)	7 (33,3)	14 (66,7)	0,158
Hipertensão				
Não	231 (76,7)	117 (50,7)	114 (49,3)	
Sim	70 (23,3)	28 (40,0)	42 (60,0)	0,118
Transtorno de compulsão alimentar				
Não	239 (79,4)	115 (48,1)	124 (51,9)	
Sim	62 (20,6)	30 (48,4)	32 (51,6)	0,970
Sintomas depressivos				
Não	224 (74,4)	113 (50,5)	111 (49,5)	
Sim	77 (25,6)	32 (41,6)	45 (58,4)	0,178
Distúrbios musculoesqueléticos^b				
Não	39 (13,0)	22 (56,4)	17 (43,6)	
Sim	261 (87,0)	122 (46,7)	139 (53,3)	0,260
Consideração sobre a qualidade de vida				
Boa/muito boa	158 (52,5)	89 (56,3)	69 (43,7)	
Regular/ruim/muito ruim	143 (47,5)	56 (39,2)	87 (60,8)	0,003
Consideração sobre o nível de saúde^c				
Boa/muito boa	181 (60,3)	102 (56,4)	79 (43,6)	
Regular/ruim/muito ruim	119 (39,7)	43 (36,1)	76 (63,9)	0,001

*Pearson χ^2 / Dados Ignorados: (a) 1, (b) 1, (c) 1.

Tabela 3. Associação entre sintomas depressivos e inatividade física de acordo com variáveis sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	Associação entre sintomas depressivos e inatividade física		Valor de p*
	RP	IC95%	
Bruta	1,30	0,88 – 1,93	0,19
Sexo			
Masculino	0,68	0,19 – 2,37	0,33
Feminino	1,25	0,82 – 1,90	
Ajustada (M-H)	1,15	0,77 – 1,71	
Idade (em anos)			
18 a 39	1,50	0,79 – 2,84	0,67
≥ 40	1,21	0,74 – 1,99	
Ajustada (M-H)	1,33	0,90 – 1,97	
Escolaridade			
Pós-graduação stricto sensu	1,18	0,57 – 2,42	0,73
Graduação	1,09	0,48 – 2,45	
Fundamental ou médio	1,52	0,85 – 2,72	
Ajustada (M-H)	1,30	0,88 – 1,93	
Estuda atualmente			
Não	1,31	0,81 – 2,14	0,98
Sim	1,29	0,67 – 2,49	
Ajustada (M-H)	1,30	0,88 – 1,93	
Cor da pele			
Branca	0,88	0,37 – 2,11	0,34
Preta/parda	1,44	0,93 – 2,23	
Ajustada (M-H)	1,31	0,89 – 1,94	
Renda			
>2.800	0,96	0,32 – 2,91	0,54
≤ 2.800	1,31	0,87 – 1,99	
Ajustada (M-H)	1,26	0,85 – 1,86	
Vinculação profissional			
Efetivos	1,13	0,60 – 2,12	0,53
Terceirizados/comissionados	1,42	0,86 – 2,35	
Ajustada(M-H)	1,30	0,88 – 1,93	
Tempo de trabalho na instituição (em anos)			
≤ 15	1,06	0,68 – 1,64	0,03
> 15	3,66	1,15 – 11,62	
Ajustada (M-H)	1,35	0,90 – 2,03	
Lotação			
Setores acadêmicos	0,61	0,32 – 1,15	0,007
Administração central	1,94	1,15 – 3,26	
Ajustada (M-H)	1,28	0,86 – 1,89	
Cargo de chefia			
Não	1,56	0,98 – 2,49	0,15
Sim	0,78	0,35 – 1,77	
Ajustada (M-H)	1,33	0,89 – 1,98	
Existência de disputas profissionais no local de trabalho			
Não	1,31	0,84 – 2,05	0,84
Sim	1,41	0,62 – 3,18	
Ajustada (M-H)	1,33	0,90 – 1,97	

*p-valor do teste de homogeneidade de Breslow-Day

Tabela 3. Associação entre sintomas depressivos e inatividade física de acordo com variáveis sociodemográficas e ocupacionais de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019. Continuação.

Variáveis	Associação entre sintomas depressivos e inatividade física		Valor de p*
	RP	IC95%	
Distribuição injusta de tarefas do trabalho			
Não	1,50	0,96 – 2,35	0,19
Sim	0,77	0,32 – 1,87	
Ajustada (M-H)	1,31	0,88 – 1,96	
Ritmo de trabalho excessivo			
Não	1,25	0,78 – 2,00	0,65
Sim	1,49	0,73 – 3,02	
Ajustada (M-H)	1,32	0,89 – 1,95	
Insuficiência de material de consumo			
Não	1,30	0,69 – 2,45	0,88
Sim	1,33	0,81 – 2,18	
Ajustada (M-H)	1,32	0,89 – 1,95	
Existência de barulho no ambiente de trabalho			
Não	1,20	0,78 – 1,85	0,37
Sim	1,95	0,74 – 5,15	
Ajustada (M-H)	1,31	0,88 – 1,93	

*p-valor do teste de homogeneidade de Breslow-Day

Tabela 4. Associação entre sintomas depressivos e inatividade física de acordo com variáveis hábitos de vida e clínicas de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2019.

Variáveis	Associação entre sintomas depressivos e inatividade física		Valor de p*
	RP	IC95%	
Bruta	1,30	0,88 – 1,93	0,19
Fuma			
Não	1,31	0,87 – 1,97	0,50
Sim	0,67	0,08 – 5,30	
Ajustada (M-H)	1,27	0,85 – 1,90	
Consumo abusivo de álcool			
Não	1,25	0,80 – 1,96	0,57
Sim	1,61	0,70 – 3,68	
Ajustada (M-H)	1,32	0,89 – 1,95	
Diabetes Mellitus			
Não	1,32	0,88 – 1,96	0,92
Sim	1,50	0,19 – 11,93	
Ajustada (M-H)	1,32	0,89 – 1,96	
Hipertensão			
Não	1,32	0,87 – 2,01	0,88
Sim	1,50	0,51 – 4,40	
Ajustada (M-H)	1,35	0,91 – 1,99	
Transtorno de compulsão alimentar			
Não	1,20	0,78 - 1,85	0,40
Sim	1,87	0,72 – 4,85	
Ajustada (M-H)	1,31	0,88 – 1,94	
Distúrbios musculoesqueléticos			
Não	1,03	0,33 – 3,28	0,63
Sim	1,38	0,90 – 2,12	
Ajustada (M-H)	1,34	0,90– 1,99	
Consideração sobre a qualidade de vida			
Boa/muito boa	1,39	0,70 – 2,76	0,56
Regular/ruim/muito ruim	1,05	0,66 - 1,67	
Ajustada (M-H)	1,16	0,79 – 1,71	
Consideração sobre o nível de saúde			
Boa/muito boa	1,15	0,64 – 2,07	0,83
Regular/ruim/muito ruim	1,22	0,71 – 2,09	
Ajustada (M-H)	1,19	0,80– 1,77	

*p valor do teste de homogeneidade de Breslow-Day.

Tabela 5. Modelos finais da análise entre sintomas depressivos e inatividade física de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual, de acordo com a inatividade física, Salvador, Bahia, Brasil, 2018-2020.

Modelos multivariados	Associação entre sintomas depressivos e inatividade física		Valor de p-Ajustado
	OR Bruta (IC95%)	OR Ajustada (IC95%)	
Modelo 1- por Tempo de trabalho (em anos)*			
Modelo 1a ≤ 15	4,88 (1,30 – 18,31)	4,45 (1,09 – 18,14)	0,037
Modelo 1b > 15	1,06 (0,58 – 1,96)	0,83 (0,43 – 1,61)	0,590
Modelo 2 – por Lotação^h			
Modelo 2a - Setores acadêmicos	0,48 (0,19 – 1,23)	0,40 (0,15 – 1,09)	0,074
Modelo 2b - Administração central	2,36 (1,21 – 4,59)	2,41 (1,22 – 4,76)	0,012

*Ajustado por sexo, renda, escolaridade e Diabetes Mellitus/ ^hAjustado por renda, escolaridade e idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo evidenciaram a associação entre os sintomas musculoesqueléticos, depressivos e a inatividade física em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Nordeste do Brasil, tendo como principais fatores a idade, a cor da pele, a injusta divisão de tarefas, bem como o tempo de trabalho na instituição e a lotação de exercício das atividades do servidor. Destaca-se a grande importância desse conhecimento para a saúde pública, tendo em vista a alta prevalência de inatividade física na população em geral.

Entende-se, como mandatório, que os impactos desses fatores sejam minimizados através da criação e padronização de programas institucionais de promoção, prevenção e assistência à saúde que atentem para as características psicofisiológicas e clínicas dos indivíduos, como algo orgânico às suas vidas de trabalho. Tais condições são produtoras de vulnerabilidade no ambiente laboral, sendo essencial uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, de maneira a influenciar positivamente no processo de trabalho e na saúde do trabalhador. Orientações adequadas ao trabalhador, quanto aos cuidados com sua saúde, poderão reduzir os fatores de risco para o surgimento de doenças ocupacionais, os quais interagem entre si e devem ser analisados de forma integrada, envolvendo os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e de organização do trabalho.

Ações baseadas em intervenções que direcionem a saúde física e mental do trabalhador através de adaptações na gestão organizacional e da criação de programas eficazes de incentivo, acompanhamento e controle dos potenciais benefícios para a saúde e bem-estar proporcionados pela realização de atividades físicas no ambiente de trabalho, poderão ser determinantes na prevenção e controle dos fatores de risco para a ocorrência do sofrimento físico e psíquico entre os trabalhadores. Evidências apontam para o fato de que qualquer tipo de atividade física, incluindo a atividade leve, principalmente entre os adultos com baixa aptidão, realizada como parte do trabalho, esporte e lazer ou transporte por, no mínimo, 10 minutos diários, contribuem para a geração de benefícios e mitigação dos riscos à saúde entre os indivíduos de comportamento sedentário, corroborados com os resultados do presente estudo. Entretanto, a redução das expectativas quanto ao tempo e intensidade da atividade física, dadas às condições de vida dos servidores, devem ser consideradas pelos profissionais responsáveis.

Tais achados indicam a necessidade peremptória da criação de estratégias organizacionais de enfrentamento das questões relativas ao sofrimento psíquico e manifestações físico-psicopatológicas dos trabalhadores. Desse modo, recomenda-se a realização de novos estudos que proporcionem a padronização dos métodos de avaliação da exposição à

sintomatologia musculoesquelética e depressiva e de suas repercussões sobre a qualidade de vida e de trabalho dos servidores públicos, objetivando a adoção de medidas e procedimentos preventivos eficazes individuais e coletivos.

REFERÊNCIAS DA TESE

AEPS – Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília: MPS, ISSN 0104-8139, 2017.

AIRES, L. M. N.; PEIXOTO, M. S. R. M.; PACHÚ, C. O. Avaliação do contexto de trabalho e custo humano do trabalho entre técnicos administrativos de uma instituição pública de ensino superior na Paraíba. *Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*, 8 (único): 146-162, 2021, ISSN: 2358-7490.

AKROUF, Q. et al. Musculoskeletal disorders among bank office workers in Kuwait. *Eastern Mediterranean Health Journal*, v. 16, n.1, 2010. doi: 10.26719/2010.16.1.94.

ALMEIDA, G. F. P. et al. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2016;14(1):37-44.

ALMEIDA, L. M. S.; DUMITH, S. C. Associação entre sintomas osteomusculares e estresse percebido em servidores públicos de uma Universidade Federal do Sul do Brasil. *Br J Pain*. São Paulo, 2018 jan-mar; 1(1): 9-14.

ALVES, M. G. M. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. *Rev. Saúde Pública*, 2004; 38(2): 164-71.

ALARCON, A. C. R.S; GUIMARÃES, L. A. M. Prevalência de transtornos mentais comuns em servidores de uma universidade pública de Mato Grosso do Sul. *Revista Sul Americana de Psicologia*, v4, n1, Jan/Jul, 2016.

ANTLOGA, C. S.; MAIA, M.; CUNHA, K. R.; PEIXOTO, J. Contexto de trabalho e custo humano no trabalho em um órgão do poder judiciário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12):4787-4796, 2014.

ARAÚJO, J. P.; HOEFEL, M. G. L.; MONTEIRO, P. S. Afastamento do trabalho: absenteísmo e presenteísmo em uma instituição federal de ensino superior. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde], Universidade de Brasília. Brasília, DF; 2012.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. The new north american classification of Mental Disorders – DSM – 5. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, 2014, Vol. XVI, no. 1, 67 - 82

ARCAS, M. M.; NOVOA, A. M.; ARTAZCOZ, L. Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *European Journal of Public Health*, Volume 23, Issue 5, outubro 2013, Pages 883 – 888, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks095>.

ASSUNÇÃO, A. A.; ABREU, M. N. S. Fatores associados a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos em adultos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51 Supl. 1:10s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000282>.

ASCAR, R. A., retrospectiva das políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios do Sistema Único de Saúde – SUS. *Acta JUS - Periódico de Direito*, Vol.4, n. 1, pp.05-09 (Jun - Ago 2014).

AZAMBUJA, M. I. R.; FOPPA, M.; MARANHÃO, M. F. C.; ACHUTTI, A.C. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. *Arq. Bras. Cardiol.* 2008; 91(3):163-71.

AZEVEDO, S. F.; LOPES, A. S. Atividade física desempenhada por trabalhadores brasileiros: uma revisão sistemática. *Pensar a Prática, Goiânia*, v. 15, n. 3, p. 551820. Jul./set, 2012.

BAHIA. Secretaria de Administração do Estado da Bahia. Programa Estadual de Valorização do Servidor - Bem Viver, 2015. Disponível em: <http://www.saeb.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php>. Acesso em: 08 agost. 2017.

BAHIA. Governo do Estado. Universidade do Estado da Bahia, Portal UNEB, (2016). Disponível em: <http://www.uneb.br/institucional/a-universidade/> Acesso em 10 agost. 2017.

BAHIA. Governo do Estado. Universidade do Estado da Bahia, Portal UNEB, (2017). Disponível em: <https://portal.uneb.br/noticias/2017/07/21/uneb-integra-ranking-das-melhores-universidades-da-america-latina/> Acesso em 24 de agosto 2020.

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Universidade do Estado da Bahia. Proposta de Programa de Qualificação dos Técnico-Administrativos da UNEB. Comissão constituída pela Portaria nº 2462/2016. Salvador/BA., 2017. Disponível em:<http://www.sintestba.com.br/novosite/wp-content/uploads/2017/06/Relatorio_PQCST_FINAL_190617.pdf> Acesso em: 14 de agosto 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia. Sesab/Suvisa/Divast/Cesat. Salvador: Cesat/Divast, 2020.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(8): 1569-1580, ago, 2012.

BASTOS, M. L. A. et al. Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2018;16(1):53-9.

BAUMAN, Z. *Tempos líquidos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2007.120p.

BAUMAN, A.; BULL, F.; CHEY, T.; CRAIG, C.L.; AINSWORTH, B.E.; SALLIS, J.F. et al. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v.6, n.21, 2009 (doi:10.1186/1479-5868-6-21).

BARROS, E. N. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Cross-cultural adaptation of the Nordic musculoskeletal questionnaire. *Int Nurs Ver* 2003; 50 (2): 101-08.

BARROS, K. C. S.; LIMA, M. A.; SILVA, A. R. V., et al. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em funcionários de uma universidade pública. Rev. Enferm UFPE online., Recife, 8(9):3099-105, set., 2014.

BASTOS, M. L. A. et al. Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. Ver. Bras. Med. Trab. 2018; 16(1): 53-9.

BERTAUT, A.; LEMERY, B.; MILLOT, I. Regards croisés sur la santé mentale de la prise en charge des troubles mentaux à la promotion de la bonne santé psychique. ORS Bourgogne; 2010 sept. Disponível em: < <http://www.ors-poitoucharentes.org/pdf/epyzkwSyntSM2015.pdf> > Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade por doenças circulatórias. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 17.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuik e Lúcia Pereira Barroso [Internet]. Brasília, DF: SENAD; 2009. [citado 2014 Mar 11]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e da Previdência. Tabelas- CID-10: Auxílios-doença acidentários e previdenciários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças- CID-10 [Internet]. 2017 [citado 2017 Jul 9]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília:Ministério da Saúde, 2019. 424 p.: il.

BRITES, R. M.R; ABREU, A. M. M., Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores e perfil socioeconômico. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(2):93-9. 9.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresina D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.

CAMPELO, G. P.; RÊGO, D. P. Condições de trabalho e saúde psíquica de trabalhadores técnico-administrativos da UFRN. Dissertação[Mestrado Profissional], Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Natal, RN, 2015.

CARVALHO, L. R. B.; FERNANDES, R. C. P.; LIMA, V. M. C. Demandas psicológicas, baixo apoio social e repetitividade: fatores ocupacionais associados à dor musculoesquelética de trabalhadores da indústria de calçados. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 2019;44:e6.

CESARINO, C. B., CIPULLO, J. P., MARTIN, J. F. V., CIORLIA, L. A., GODOY, M. R. P., CORDEIRO, J. A. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq. Bras. Cardiol*, 2008; 91(1): 31-5. 7.

CHO, C.Y.; HWANG, Y. S.; CHERNG, R. J. Musculoskeletal symptoms and associated risk factors among office workers with high workload computer use. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* Cho et al 535 Volume 35, Number 7, 2012.

CONCEIÇÃO, T.V.; GOMES, F. A.; TAUIL, P. L.; Rosa, T. T. Valores de Pressão Arterial e suas Associações com Fatores de Risco Cardiovasculares em Servidores da Universidade de Brasília. *Arq. Bras. Cardiol*, volume 86, nº 1, janeiro 2006.

COSTA, L. F.; ENDERS, B. C. Hipertensão Arterial e fatores de risco em servidores atendidos pelo Departamento de Assistência da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

COSTA, M. C. et al. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em profissionais de uma instituição de ensino superior. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*, v. 14, n. 1 e 2, p. 41-50, dez. 2013.

CRAIG, C. L. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and

validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35(8):1381–1395.

CREMESP/AMB (BR). Usuários de substâncias psicoativas - abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª.ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2003. 119 p.

DALGALARRONDO, P. et al. Religious affiliation and psychiatric morbidity. In Brazil: higher rates among evangelicals and spiritists. *Int J Soc Psychiatry.* v.54, n. 6. p. 562-74. Nov. 2008.

DAUDT, C. V. G; BOZZETTI, M. Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade universitárias do sul do Brasil. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

DEBARRE, J. Santé mentale et suicide: synthèse documentaire, actualisation 2014. Saint Benoit: Observatoire Régional de La Santé Poitou-Charentes, mai. 2015. Disponível em: <<http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/epyzkwSyntSM2015.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2017.

DELCOR, N. S.; ARAÚJO, T. M., BARBALHO, L. (2004). Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [online], 20(1), 187-196.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 06-11, maio 1999.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, volume 107, nº 3, suplemento 3, setembro 2016.

DOMINGUES JÚNIOR, L. R. P. O processo saúde-doença no serviço público e suas consequências ao Estado, ao cidadão e ao servidor. In III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 2005 (pp. 118-119).

DSM-IV - Diagnostic and Statical Manual, IV edition - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Dayse Batista, 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ELKELES, T.; SELIGMANN-SILVA, E. Trajetórias recentes dos distúrbios osteomusculares em dois contextos nacionais – Brasil e Alemanha. In D. M. R. Lina, & L. E. Rocha (Eds.), *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática* (pp. 302-334). São Paulo, SP: Rocca, 2010.

FANTINATI, A. M. M.; PRUDENTE, C. O. M. Ambiente, capacidade para o trabalho e qualidade de vida dos funcionários de uma universidade pública. Dissertação [Mestrado] – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2015.

FAORO, M. W.; PATUSSI, M. P.; PANIZ, V. M. V. Prevalência de dor musculoesquelética relacionada ao trabalho e associação com transtornos psiquiátricos menores. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva], Universidade de Vala do Rios dos Sinos – Unisinós, Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Lepoldo, 2012.

FERNANDES, E. H.; SOUZA, A. Qualidade de vida, estresse percebido, satisfação no

trabalho e absenteísmo-doença de técnicos administrativos de uma universidade Dissertação [Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano], Universidade La Salle, Canoas, 2018.

FERREIRA, A. P. et al. The depressive symptomatology in workers of a public university: a cohort study of the associated factors. *R. Enferm. UFJF*. 2019; 5(1): 1-19.

FREITAS, A. L. P.; SOUZA, R. G. B.; QUINTELLA, H. L. M. M. Qualidade de Vida no Trabalho do técnico-administrativo em IES públicas: uma análise exploratória. *Revista Brasileira de Qualidade*. Ponta Grossa, v. 5, n. 2, p. 1-12, abr./jun., 2013.

FIGLIOLI, J. M. S.; BONOLO, P. F.; FRANCESCHINI, S. C.C. Hipercolesterolemia entre servidores de uma universidade pública mineira. *Rev. Med. Minas Gerais* 2014; 24(3): 344-348.

GIROIR, B. P. Office of diseases prevention and health promotion. *Physical Activity Guidelines for Americans*, 2. ed. 2018.

GODINHO, M. B; GRECO, R. A. Capacidade para o trabalho dos técnico-administrativos em educação de uma universidade pública e fatores associados. Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

GONÇALVES, E. C. A. et al. Niveles bajos de actividad física en funcionarios públicos del sur de Brasil: asociación con factores sociodemográficos, hipercolesterolemia y diabetes. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, vol. 10, núm. 2, junio, 2017, pp. 54-59 Centro Andaluz de Medicina del Deporte Sevilla, España.

GRAUP, S.; MORO, A. R. Cenário epidemiológico de morbidade no ambiente de trabalho no Brasil. Tese [Doutorado] – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Florianópolis, SC, 2012.

GUALANO, B.; TINUCCI T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Rev. Bras. Educ. Fis. Esporte*, São Paulo, v.25, p. 37-43, dez. 2011.

GUIMARÃES, L. A. M.; ALMEIDA MARTINS, D.; GRUBITS, S.; CAETANO, D. Prevalência de Transtornos Mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Rev Bras de Saúde Ocupac*, 31(113), 7-18, 2006.

HAILEAMLAK, A. Physical Inactivity: The Major Risk Factor for Non-Communicable Diseases. Editorial. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, vol. 29, n. 1, 2019.

HANNA, F. The Relationship Between Sedentary Behavior, Back Pain, and Psychosocial Correlates Among University Employees. *Frontiers in Public Health*, v. 7, article 80, april 2019. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00080>

HARVEY, S, B. et al. Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 2018, Jan 1;175(1):28-36. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16111223. Epub 2017 Oct 3.

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. A. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a

proposta de constituição da RENAST. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3., 2005, Brasília. Anais. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/cesat/3aCNST.htm. Acesso em 30 jul. 2020.

HOSMER JR, D.; LEMESHOW, S.; STURDVANTY, R. Applied logistic regression Vol. 398. New York: John Wiley & Sons. 2013.

HUGUE, T. D.; PEREIRA JÚNIOR, A. A. Prevalência de dor osteomuscular entre os funcionários administrativos da UNIFEBE. Revista da UNIFEBE, [S. l.], v. 1, nov. 2011. ISSN 2177-742X. Disponível em: <https://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/54>. Acesso em: 18 abr. 2021.

IHME - INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Data Resources. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Acesso em 01 julho 2020.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Secretaria de Assistência à Saúde. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um programa da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, IBGE, 2010.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Características étnico-raciais da população: classificação e identidades. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>. Acesso em 30 de julho de 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características Étnico-Raciais da população: classificação e identidades. Informações Demográficas e Socioeconômicas, n. 2, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>. [acesso em março de 2021].

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 66p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.

IIDA, ITIRO. Ergonomia: projeto e produção. 2ª edição ver. e ampl. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

JOMAR, R. T.; PAIXÃO, L. A.; ABREU, A. M. Alcohol Use Disorders Identification Teste (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. Revista APS. 2012;15(1):113-7.

KANDOLA, A. et al. Physical activity and depression: towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity, Neuroscience and Biobehavioral Reviews

(2019), doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.04.W>.

KANDOLA, A. et al. Depressive symptoms and objectively measured physical activity and sedentary behaviour throughout adolescence: a prospective cohort study. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 262–71, doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30034-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30034-1)

KARASEK, R. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics *Journal of Occupational Health Psychology* 1998, Vol. 3, No. 4, 322-355.

KARASEK, R.; THEÖRELL T. Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life. Ed. Basic Books, Nova York, 1990.

KARASEK, R. Demandas de trabalho, latitude de decisão de trabalho e tensão mental: implicações para redesenho de trabalho. *Adm Sci Q.* 1979; 24: 285–308.

KEHL, M. R. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009. 298p.

KUORINKA, I. et al. Standardized Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, v. 18, n. 3, p. 233-237, 1987.

LA FALCE, J. L. et al. Qualidade de vida no trabalho e atividade física: estudo em uma instituição federal de ensino. *Revista Alcance – Eletrônica – vol. 27 – n. 1 – jan./abr. 2020.*

LIMA, T. B. W. et al. Prevalência de sintomas osteomusculares e qualidade de vida de trabalhadores técnico-administrativos. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2020; 18 (1): 45-50.

LOPES, M.; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Uso de álcool, estresse no trabalho e fatores associados entre servidores técnico-administrativos de uma universidade pública. Dissertação (mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2011.

LOPES, S. V.; SILVA, M. C. Estresse ocupacional e fatores associados em servidores públicos de uma universidade federal do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11):3869-3880, 201, 2018.

LOUREIRO, T. O prazer-sofrimento de técnicos de laboratório em uma instituição federal de ensino superior do sudeste brasileiro: a (in)viabilidade da remoção. *Revista Práticas em Gestão Pública Universitária*, ano 2, v. 2, n. 1, jan.-jun. 2018.

MAGALHÃES, R., Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6): 1767-1775 2016.

MAGNAGO, T. S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mai-jun 2010; 18(3).

MALTA, D.C.; CEZÁRIO, A.C.; MOURA, L.; MOARES NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2006, n. 15, p. 47-64.

MALTA, D.C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 18(1):79-86, jan-mar 2009.

MALTA, D. C. et al. Fatores associados à dor crônica na coluna em adultos no Brasil. *Rev. de Saúde Publica*. 2017;51 Sup.1 1:9s.

MARCACINE, P. R. et al. Musculoskeletal symptoms and sociodemographic characteristics in women. *REFACS (online)* Abr/Jun 2020; 8(2): 219-231. Disponível em:

<<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/index>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

MARQUES, A. C. P. R.; CAMPANA, A.; GIGLIOTTI, A.P.; LOURENÇO, M. T. C. ; FERREIRA, M.P; LARANJEIRA, R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2001; 23(4): 200-14.

MARQUES, S. D'O.; MARTINS, G. B.; SOBRINHO, O. C. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. *Cadernos EBAPE. BR*, v. 9, Edição Especial, artigo 11, Rio de Janeiro, Jul. 2011.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. As relações entre a satisfação com os aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Dissertação [Mestrado em Saúde Ambiental], Universidade de São Paulo. São Paulo, SP; 2002.

MATSUDO et al. Questionário Internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Atividade Física e Saúde*, v. 6, n. 2, 2001.

MEDEIROS, C. C. et al. Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2012 jul/sep;14(3):559-69.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre Trabalho e Riscos de adoecimento - ITRA: Instrumento de indicadores críticos no trabalho. In: Mendes AM, organizadora. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 111-128.

MÉNDEZ-GIMÉNEZ, A. et al. Physical Activity and Prevention of Depressive Symptoms in the Spanish Population During Confinement due to COVID-19. *Psicothema*, 2021, Vol. 33, No. 1, 111-117 doi: 10.7334/psicothema2020.294.

MESQUITA, C. C; RIBEIRO, J. C., MOREIRA, P. (2010). Portuguese version of the standardized Nordic musculoskeletal questionnaire: Cross cultural and reliability. *J Public Health* (2010) 18:461–466 DOI 10.1007/s10389-010-0331-0.

MIRANDA, J. D.; CASTRO, G. G.; ARAÚJO, K. A. M. Qualidade de vida e queixas osteomusculares no setor administrativo de um Campus Universitário. *Revista Eletrônica Ciência & Desenvolvimento da FAINOR*. 2019; 12(2): 437-450.

MORAES, P. W.; BASTOS, A. V. Os Sintomas de LER/DORT: um estudo comparativo entre bancários com e sem diagnóstico. *Psicologia: Ciência e Profissão* Jul/Set. 2017 v. 37 n°3, 624-637. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001862016>.

MOREIRA, T. M.M; GOMES, E.B; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto

Alegre (RS) 2010 dez; 31(4):662-9.

MOREIRA, O.C et al. Fatores de risco de doença cardiovascular em técnicos administrativos da Universidade Federal de Viçosa. Bioscien. J Uberlândia. 2009 set/out; 25(5):133-40.

MORENO, D. H.; DIAS, R. S.; MORENO, R. A. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. (Org.). *Psiquiatria básica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 7, p. 219-234.

MOTA, V. A. *Uso de álcool e alcoolismo e fatores associados entre servidores públicos universitários*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Saúde Coletiva, 2011.

MURRAY, C. J. L. et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1204–22.

NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. [Internet] Publications; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). 2000. Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/NR/rdonlyres/287137A9-62BF-4EDE-A752-4A351C57A0B8/0/Audit.pdf>. [acesso junho 2018]. Santos et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health.

NIOSH -National Institute for Occupational Safety and Health. Work-related musculoskeletal disorders and psychosocial factor. In: Berdard, BP. editor. *Musculoskeletal disorders and psychosocial factor: a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremy, and low back*. [documento on line] 2ª Ed. Cincinnati: NIOSH; 1997. Available from: <<https://www.cdc.gov/niosh/docs/97-141/>>. Acesso em: 10out. 2021.

OGLIARI et al. Prevalência de distúrbios osteomusculares e qualidade de vida de trabalhadores do setor administrativo de ensino a distância. *Revista SODEBRAS – Volume 12 N° 137 – MAIO/ 2017*.

OLIVEIRA, R. A. R. et al. Variáveis bioquímicas, antropométricas e pressóricas como indicadores de risco cardiovascular em servidores públicos Fisio. *Mov.* 2013 abr/jun;26(2):369-77.

OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. Z. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, 40 (132): 156-169, 2015.

OPS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde: doenças relacionadas ao trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 (Série A, n. 14).

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1.ª edição, Lisboa, Abril de 2002.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas* [Internet]. Washington: OPS, 2008[cited 2014 Mar 11]. Available from:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

OPS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013.

OSÓRIO, F. L.; MENDES, A. V.; CRIPPA, J. A.; LOUREIRO, S. R. Study of the discriminative validity of the PHQ9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 2009; 45:216-27.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde In: Castro A, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 19-40.

PAIXÃO NETO, R.; ALELUIA, I. R. S. Associação entre estresse ocupacional e agravos cardiovasculares. *Rev. Gest. Saúde (Brasília)* Vol.07, Nº. 02, Ano 2016. p 758-72.

PEREIRA, C. C. D. A.; VILARTA, R. Comparação da associação de diferentes tipos de programas de atividade física aplicados no local de trabalho sobre o nível de atividade física e qualidade de vida de trabalhadores do setor administrativo de comunidade universitária. Tese [Doutorado], Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. Campinas, SP, 2013.

PITTA, A. M. F. Hospital: dor e morte como ofício. 7. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

RAHMAN, E. et al. Physical inactivity and sedentary behaviors in the Bangladeshi population during the COVID-19 pandemic: An online cross-sectional survey. *Heliyon*, vol 6, issue 10, e05392, october 01, 2020.

RAMAZZINI, B. As doenças dos trabalhadores. Tradução de Raimundo Estrêla. – 4. ed. – São Paulo: Fundacentro, 2016.

RIBALDO, I. R. Uso de tabaco, estresse e fatores associados entre trabalhadores de uma universidade pública. Dissertação (mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2011.

ROCHA, D. G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11): 4313-4322 2014.

ROCHA, S. V. et al. Nível de atividade física entre funcionários de uma instituição de ensino superior da Bahia. *Ulbra e Movimento (REFUM)*, Ji-Paraná, v.2 n.1 p.16-29, jan/mar. 2011.

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq. Bras. Cardiol*, 2009; 93(6):672-8.

SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de mortalidade masculina no estado de São Paulo. *Bol. Epidemiol. Paul*. 2010; 7(82): 15.

SALAZAR, P. R.; SILVA, G. A. O uso do tabaco entre trabalhadores técnico-administrativos em educação de uma universidade pública do Estado de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado Acadêmico). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz

de Fora, Minas Gerais, 2014.

SANTOS et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(8): 1533-1543, ago, 2013.

SETTO et al. Saúde autorreferida de docentes e servidores técnico-administrativos de uma universidade pública da região sudeste. *Rev. Med Minas Gerais* 2020; 30: e-30111.

SCHMIDT, M. I. et al., Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, Saúde no Brasil, 2011.

SEBASTIÃO, E.; GOBBI, S. nível de atividade física e principais barreiras percebidas por indivíduos adultos: um levantamento no município de Rio Claro, SP. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2009.

SILVA, E. S. *Trabalhos e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, S. A.; FERREIRA, M. C. Dimensões e Indicadores da Qualidade de Vida e do Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 29, n. 3, jul./set., p. 331-339, 2013.

SILVA, L. M.; LACERDA, J. F. A.; ARAÚJO, E. C.; CAVALCANTI A. M. T. S. Prevalence of smoking among health professionals. *Rev. Enferm. UFPE on line [Internet]*. 2008 [cited 2014 Sep 01];2(1):118-27. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/413>

SILVA, R. C. et al. Atividade Física e Perfil Lipídico no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). *Arq. Bras. Cardiol.* 2016; 107(1):10-19.

SILVA, A. C. C. L.; SOARES, M. M.; MARÇAL, M. A. Fatores de risco e prevalência de queixas musculoesqueléticas entre os técnico-administrativos em Educação: estudo realizado na Universidade Federal de Pernambuco. Dissertação [Mestrado], Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Artes e Comunicação. Design, 2016.

SILVA-JUNIOR JS, FISCHER FM. Sickness absence due to mental disorders and psychosocial stressors at work *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(4):735-44. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/en_1980-5497-rbepid-18-04-00735.pdf.

Souza et al. Níveis de atividade física e fatores associados entre professores de medicina. *Ciência & Saúde* 2019; 12(3):e33643.

SIQUEIRA, J. S.; FERNANDES, R. C. P. Demanda psicossocial e demanda física no trabalho: Iniquidades segundo raça/cor. *Ciência Saúde Coletiva* (2020/Ago). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/demanda-psicossocial-e-demanda-fisica-no-trabalho-iniquidades-segundo-racacor/17734?id=17734&id=17734>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007; 89 (3): e24-e79.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq. Bras. Cardiol., 2007 abr; 88(Sup.1):5.

SOUZA, K. V. L; GOMES-NETO, M. Análise da qualidade de vida e distúrbios osteomusculares dos funcionários administrativos de um órgão público. Revista Pesquisa em Fisioterapia. 2015 Dez; 5(3): 218-229.

SOUZA, C. S. et al. Distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho de professores. Rev. Bras. Med. Trab. 2021; 19(2):140-150.

SPITZER R. L.; WILLIAMS, J. B.; KROENKE. K.; LINZER, M. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. JAMA 1994; 272:1749-56.

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B. W. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. JAMA, v. 282, p. 1737-1744, 1999.

TIMOSSI, L.; FRANCISCO, A. C.; JUNIOR, G. S.; XAVIER, A. A. P. Análise da qualidade de vida no trabalho de colaboradores com diferentes níveis de instrução através de uma análise de correlações. Produção, v. 20, n. 3, jul./set., p. 471-480, 2010.

TESSARINI JUNIOR, G. et al. Avaliação do Contexto de Trabalho em uma Instituição Federal de Ensino: Estudo com Servidores da Área de Gestão de Pessoas. Gestão & Conexões - Management and Connections Journal, Vitória (ES), v. 9, n. 1, p. 128-150, jan./abr. 2020.

THIVEL, David et al. Physical Activity, Inactivity, and Sedentary Behaviors: Definitions and Implications in Occupational Health. Frontiers in Public Health, v. 6, p. 1–5, 2018.

TOSCANO, J. J. O. Pain prevalence on public servants: association with sedentary behavior and physical leisure activity. Rev Dor. São Paulo, 2016 abr-jun; 17(2):106-10.

TREMBLAY, M. S. et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, v. 14, n. 1, p. 1–17, 2017.

VIGITEL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137: il.

WHO - World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Geneva: WHO; 1986. TOSCANO, J. J. Pain prevalence on public servants: association with sedentary behavior and physical leisure activity. Rev. Dor. São Paulo, 2016 abr-jun; 17(2):106-10.

WHO - World Health Organization. Global status report on alcohol and health

2011 [Internet]. Genebra: WHO; 2011. [cited 2014 Mar 11]. Available from:http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/Acesso em 29 julho 2017.

WHO - World Health Organization. Involvement of nurses and midwives in screening and brief interventions for hazardous and harmful use of alcohol and other psychoactive substances. A literature review [Internet]. Genebra: WHO; 2010.[cited 2014Mar 11]. Available from: <http://www.who.int/hrh/resources/substances/en/> Acesso em 29julho 2017.

WHO - World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, Switzerland: 2016. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/ Acesso em 01 maio 2017.

WHO - World Health Organization. Global Health Observatory data repositior. Suicide rates, age-standardized. Data by WHO region. 2015a. (WHO, 2017b). Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRREGv?lang=en> Acesso em 01 julho 2017.

WHO - World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global health estimates. Geneva: Switzerland, 2017.

WHO - World Health Organization. International Classification of Diseases 11th revision, 2018. – ICD 11. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

WHO - World Health Organization. Physical activity: Fact sheet; 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [capturado em 6 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/physical-activity>.

WHO - World Health Organization. Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020.

ANEXOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE DE TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA ESTADUAL DA BAHIA (ESTUDO COSTTA)

Pesquisador: Ana Maria Fernandes Pitta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74985617.2.0000.5628

Instituição Proponente: Universidade Católica do Salvador

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.274.916

Apresentação do Projeto:

"Trata-se de projeto de tese, formado por três artigos, cujos objetivos se encontram a seguir descritas.

Estudo I: Estimar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia.

Estudo II: Estimar a prevalência de sofrimento psíquico em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia.

Estudo III: Realizar análise confirmatória da hipótese de associação positiva entre sofrimento psíquico e doenças crônicas não transmissíveis em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Identificar as condições de saúde de trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública estadual no Estado da Bahia".

Objetivo Secundário:

1. "Estimar a prevalência de excesso de peso e obesidade abdominal, segundo diferentes

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205
Bairro: Federação CEP: 40.231-902
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

Continuação do Parecer: 2.274.916

indicadores antropométricos, e os fatores sociodemográficos associados em trabalhadores técnico-administrativos da Universidade do Estado da Bahia.

2. Investigar a associação da intensidade e da duração da atividade física com o perfil lipídico e glicêmico em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia.

3. Detectar a presença de anemia e/ou alterações leucocitárias em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia.

4. Estimar a prevalência de sofrimento psíquico em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia.

5. Identificar os principais medicamentos (antihipertensivos, antidiabéticos e antilipidêmicos) utilizados por trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia.

6. Realizar análise confirmatória da hipótese de associação positiva entre sofrimento psíquico e doenças crônicas não transmissíveis em trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública do Estado da Bahia".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera-se a existência de riscos mínimos aos participantes com relação à entrevista, que podem ser ocasionados pelo cansaço. Nestes casos, o participante pode solicitar um período de descanso e este será concedido automaticamente. Com relação à coleta de material biológico, considera-se a presença de risco moderado. Apesar da coleta do sangue ser feita por um técnico especializado do laboratório responsável pela realização dos exames, pode acontecer formar um hematoma, doer ou causar desconforto no local da coleta. Haverá disponível bolsa de gelo para aplicar, e pomada para hematomas para uso imediato, se necessário. Raramente ocorrem infecções no local de punção ou desmaios. Para diminuir a possibilidade de infecção, o coletador é treinado em técnicas e materiais de limpeza da área onde será inserida a agulha, e lhe mostrará que todo material que será usado na sua coleta é descartável e vem fechado de fábrica.

Em relação aos benefícios, os conhecimentos gerados serão encaminhados à Reitoria da Instituição de Ensino Superior, que poderá fomentar debates, já que o serviço público possui particularidades na sua forma de organização, e assim propor ações de saúde buscando a prevenção do adoecimento e a manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores principalmente no que tange à sintomatologia depressiva e aos fatores de risco cardiovascular.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa com evidente importância científica, de modo que os riscos apresentados

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205
Bairro: Federação CEP: 40.231-902
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

Continuação do Parecer: 2.274.916

podem ser considerados eticamente toleráveis, ante os benefícios que podem ser extraídos do desenvolvimento da investigação científica respectiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

1. Termo de confidencialidade: Em conformidade com o direito à privacidade dos participantes de pesquisa, previsto no item III.1,2 i, da Resolução CNS 466-2012, assim como no art. 9, III, da Resolução CNS 510-2016;
2. Termo de consentimento livre e esclarecido: O documento se revela satisfatório, pois ostenta linguagem clara e acessível, tal como demanda o item 4.1, b, da Resolução CNS 466-2012, além de apresentar expressamente o objetivo, o método, os riscos e os benefícios oriundos da pesquisa, assim como os direitos dos participantes, tudo conforme as exigências constantes nos arts. 10 e 17, da Resolução CNS 510-2016;
3. Termo de autorização institucional do desenvolvimento da pesquisa, assumindo a corresponsabilidade pelo projeto de tese: O documento satisfaz as exigências éticas vigentes no país;
4. Termo de anuência da instituição laboratorial onde serão realizados os exames sobre o material sanguíneo colhido dos sujeitos participantes: O documento satisfaz as exigências éticas vigentes no país.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado pelo relator.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do colegiado, ocorrida em 13/09/2017, fica deliberado que o projeto se encontra aprovado tendo sido acatado o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_979824.pdf	30/08/2017 22:27:59		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	30/08/2017 22:27:06	HELENA MARIA SILVEIRA FRAGA MAIA	Aceito

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205
 Bairro: Federação CEP: 40.231-902
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR



Continuação do Parecer: 2.274.916

Outros	Compromisso.jpeg	30/08/2017 22:22:22	HELENA MARIA SILVEIRA FRAGA MAIA	Aceito
Outros	Concordancia.jpeg	30/08/2017 22:21:37	HELENA MARIA SILVEIRA FRAGA MAIA	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.jpeg	30/08/2017 22:18:19	HELENA MARIA SILVEIRA FRAGA MAIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.pdf	30/08/2017 22:17:08	HELENA MARIA SILVEIRA FRAGA MAIA	Aceito
Outros	Coparticipante.jpg	24/08/2017 19:21:56	HELENA MARIA SILVEIRA FRAGA MAIA	Aceito
Outros	Autorizinstitucional.jpg	24/08/2017 19:19:28	HELENA MARIA SILVEIRA FRAGA MAIA	Aceito
Outros	Cartaanuencia.jpg	24/08/2017 19:17:55	HELENA MARIA SILVEIRA FRAGA MAIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/08/2017 21:54:55	HELENA MARIA SILVEIRA FRAGA MAIA	Aceito
Outros	InstrumentoCEP.pdf	22/08/2017 21:41:07	HELENA MARIA SILVEIRA FRAGA MAIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 14 de Setembro de 2017

Assinado por:
Laila Nazem Mourad
(Coordenador)

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205
Bairro: Federação CEP: 40.231-902
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

APÊNDICES

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

(Conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE DE TRABALHADORES TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA ESTADUAL, desenvolvida por Jorge Augusto Beck Filho, Luciara Leite Brito, Aníbal de Freitas Junior e Maria Teresita Bendicho, sob orientação das Professoras Dra. Ana Maria Fernandes Pitta e Dra. Helena Fraga Maia. O objetivo é analisar as condições de saúde dos trabalhadores técnico-administrativos da Universidade do Estado da Bahia. Será realizado um estudo com base na concessão de respostas a um formulário de investigação, bem como a realização de exames laboratoriais para todos os que forem sorteados. Os que aceitarem participar deste estudo assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação não é obrigatória e você tem autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e não sofrerá penalização. O ÔNUS refere-se a certo desconforto no sentido de dispor de tempo (cerca de 40 minutos) para responder perguntas do roteiro da entrevista e realizar um exame laboratorial. Esse material será guardado, durante cinco anos, em pen drives pessoais. A CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO serão mantidos.

Os RISCOS relacionados com a participação nas entrevistas podem ser dimensionados como mínimos, pois poderá haver cansaço. Como forma de MINIMIZAR ESTES RISCOS você poderá parar em qualquer instante, podendo retomar em outro momento. Já os RISCOS relacionados com a coleta da amostra de sangue podem ser dimensionados como moderados, e podem ser descritos como dor de fraca intensidade ou pequeno hematoma que é geralmente absorvido depois, sem problemas. Como forma de MINIMIZAR ESTES RISCOS, a coleta será realizada por um profissional de saúde devidamente habilitado, utilizando materiais estéreis, descartáveis, aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de modo a protegê-lo.

O BENEFÍCIO DIRETO consiste em contribuir na implementação de uma política institucional de saúde para os servidores da instituição, e o BENEFÍCIO INDIRETO é possibilitar a geração de conhecimentos sobre a saúde ocupacional de servidores técnico-administrativos.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas. Haverá socialização dos resultados, sendo que todos os sujeitos dessa pesquisa terão seus exames avaliados e um relatório médico será enviado em caso de anormalidade das medidas com o devido encaminhamento para serviços de saúde. Manter-se-á sigilo dos dados.

Em caso de dúvida você poderá entrar em contato com os pesquisadores citados, pelo telefone (71) 99129-1020, e-mail: jocabeck@yahoo.com.br e Helena Fraga Maia, pelo telefone (71) 99629-6020, e-mail: helenafragamaia@gmail.com. Endereço: Universidade Católica do Salvador, Programa de Pós-Graduação. Av. Pinto de Aguiar, 2589, Pituaçu, Salvador, Bahia. CEP 41.470-090.

Em relação à condução ética do estudo, se necessário, entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da UCSal (71) –3203-8800. E-mail: polsociais@ucsal.br
<http://www.noosfero.ucsal.br>.

Endereço: Universidade Católica do Salvador - Av. Pinto de Aguiar, 2589, Pituaçu, Salvador, Bahia. CEP 41.470-090.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante:

Assinatura:

Declaro estar esclarecido (a) sobre os termos e ACEITAÇÃO por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Salvador (BA), _____

Será garantida a liberdade do participante de recusar-se ou retirar-se da pesquisa proposta até o momento final desta sem penalidades. É garantido o sigilo e a privacidade de todas as informações obtidas, sendo-as utilizadas somente para a destinação prevista. Deixa-se claro que não haverá forma de remuneração de qualquer parte e que a participação não incorre em nenhum tipo de prejuízo nem risco à saúde do (a) servidor(a) participante. Os servidores que apresentarem valores alterados nos resultados serão encaminhados para acompanhamento nas unidades de saúde de referência do seu município munidos de relatório médico, além dos próprios exames.

Apêndice B: Instrumentos de investigação



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA VIDA I
GRUPO DE PESQUISA EDUCAÇÃO E SAÚDE



CONDIÇÕES DE SAÚDE DE TRABALHADORES TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE (ESTUDO COSTTA)		
Número de Identificação:	Data da entrevista (DATA): / / 20__	
Nome do Entrevistador (ENTREV):		
BLOCO 1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS. Precisamos saber quem é você. Você poderia me falar um pouco sobre você?		
01. Nome do servidor (NOME): _____		
02. Telefone(TELUNEB): _____ (TELCEL): _____ (TELRESID): _____		
Endereço: _____		
3. (CEP): _____ - _____		
04. Campus (CAMPUS):		
1. () Salvador (Campus I)	4. () Barrois (Campus IX)	7. () Conceição do Coité (Campus XIV)
2. () Jacariro (Campus III)	5. () Teixeira de Freitas (Campus X)	8. () Brumado (Campus XX)
3. () Coité (Campus VI)	6. () Itaberna (Campus XIII)	9. () Euclides da Cunha (Campus XXII)
05. Qual a sua idade (ANOSCOMP)? _____	06. Sexo (SEXO): 1. () Feminino 0. () Masculino <i>Não perguntar</i>	
07. Raça/cor (CORPELE): Perguntar. Se a cor da pele for diferente das abaixo relacionadas marque a sua opção pelo IBGE e anote a opção dada.	08. Escolaridade (ESCOL):	
1. () Preta	1. () Fundamental (1ª ao 9º ano) completo ou incompleto	
2. () Branca	2. () Médio (1ª ao 3ª ano) completo ou incompleto	
3. () Parda	3. () Graduação completa ou incompleta	
4. () Amarela	4. () Especialização	
5. () Vermelha	5. () Mestrado	
Resposta auto declarada:	6. () Doutorado	
09. Situação familiar/conjugal (SITCONJ):	7. () Outro	
1. () Solteiro(a) 2. () Casado(a)/unido(a) estável	10. Você tem filhos (FILHOS)?	
3. () Divorciado(a) 4. () Separado(a) 5. () Viúvo(a)	1. () Sim	
Se SIM para 3, 4 ou 5 especificar há quanto tempo:	0. () Não- Se NÃO pule para 12	
11. Quantos filhos você tem (NFILHOS)? _____ filhos	12. Você possui algum tipo de limitação ou deficiência (DEFIC)?	
13. Qual o tipo de deficiência (DEFICITIP)?	1. () Sim	
1. () Visual 2. () Auditiva 88. () Não se aplica	0. () Não- Se NÃO pule para 14	
3. () Física 4. () Mental	14. Qual o seu cargo permanente? (PERMANEN)?	
	1. () Técnico-Universitário 4. () Outros	
	2. () Analista Universitário Especificar: _____	
	3. () Cargos de Nível de Apoio	
BLOCO 2. OCUPAÇÃO. Sobre sua ocupação, gostaríamos de saber alguns aspectos...		
15. Você está estudando atualmente (ESTUDA)?	16. Você tem outro trabalho (OUTROTRAB)?	
1. () Sim 0. () Não	1. () Sim 0. () Não- Se NÃO pule para 18 e marque 88 na 17	
17. Qual a sua jornada TOTAL de trabalho incluindo a jornada de servidor da instituição e o outro trabalho (JORNADA)?	18. Há quanto tempo você está trabalhando como servidor na instituição UNEB? (TEMPO)? _____ anos	
1. () <40 2. () 40-60 3. () >60 88. () Não se aplica		
19. Qual a sua lotação (LOTACAO)?	20. Qual a sua carga horária como servidor na instituição UNEB (HORÁRIA)?	
1. () Setores acadêmicos 2. () Pró-Reitoria 3. () Outro	1. () 40h 0. () 30h	
Especificar: _____		
21. Em que turno você trabalha como servidor na instituição? (TURNO)?	22. Você está em cargo de chefe na instituição (CHEFIA)?	
1. () Diurno 2. () Noturno 3. () Outro	1. () Sim	
	0. () Não- Se NÃO pule para 24	
23. Há quanto tempo você está em cargo de chefe (TEMPCHEF)? _____ anos	24. Qual o seu grau de satisfação com o seu trabalho como servidor (SATISFA)?	
	1. () Satisfeito 2. () Intermediário	
	3. () Insatisfeito	
25. Qual a sua renda média mensal (RENDA) como técnico administrativo/analista universitário/DAS/DAI/NA?		
Em Salários Mínimos		
1. () 1 - 3 (de 937,00 a 2.811,00) 2. () >3 - 6 (2.812,00 a 5.622,00)		
3. () >6 a 10 (5.623,00 a 9.370,00) 4. () >10 (acima de 9.370,00) ou em R\$		

BLOCO 3. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DO TRABALHO. Neste bloco ainda vamos falar sobre o seu trabalho como servidor e avaliar o seu contexto.					
	Nunca	Rara mente	Às vezes	Frequent emente	Sempre
Condições do Trabalho: sobre a qualidade do ambiente físico do posto de trabalho, equipamentos e materiais para execução.					
26. As condições de trabalhos são precárias (PRECARIAS)	1	2	3	4	5
27. O ambiente físico é desconfortável (DESCONF)	1	2	3	4	5
28. Existe muito barulho no ambiente de trabalho (BARULHO)	1	2	3	4	5
29. O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado (MOBIL)	1	2	3	4	5
30. Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas (INST)	1	2	3	4	5
31. O posto ou estação de trabalho é inadequado para realizar as tarefas (ADE)	1	2	3	4	5
32. Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários (PREC)	1	2	3	4	5
33. O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado (FISICO)	1	2	3	4	5
34. As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas (SEG)	1	2	3	4	5
35. O material de consumo é insuficiente (MATCONS)	1	2	3	4	5
Organização do Trabalho: sobre a divisão das tarefas, normas, controle e ritmo do trabalho.					
36. O ritmo de trabalho é excessivo (RITMO)	1	2	3	4	5
37. As tarefas são cumpridas com pressão de prazos (PRAZOS)	1	2	3	4	5
38. Existe forte cobrança por resultados (COBRA)	1	2	3	4	5
39. As normas para a execução das tarefas são rígidas (RIGIDAS)	1	2	3	4	5
40. Existe fiscalização do desempenho (FISCALIZA)	1	2	3	4	5
41. O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas (INSUFICT)	1	2	3	4	5
42. Os resultados esperados estão fora da realidade (RESULT)	1	2	3	4	5
43. Falta tempo para realizar pausa de descanso no trabalho (DESCAN)	1	2	3	4	5
44. Existe divisão entre quem planeja e quem executa (EXECUTA)	1	2	3	4	5
45. As tarefas são repetitivas (REPETITI)	1	2	3	4	5
46. As tarefas executadas sofrem descontinuidade (DESCONTINI)	1	2	3	4	5
Relações sócioprofissionais: sobre os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional.					
47. As tarefas não estão claramente definidas (DEFINI)	1	2	3	4	5
48. A autonomia é inexistente (AUTONOM)	1	2	3	4	5
49. A distribuição de tarefas é injusta (INJUSTA)	1	2	3	4	5
50. Os funcionários são excluídos das decisões (EXCLUI)	1	2	3	4	5
51. Existe dificuldade na comunicação entre chefia e subordinados (COMUNI)	1	2	3	4	5
52. Existem disputas profissionais no local de trabalho (DISPUTA)	1	2	3	4	5
53. Falta integração no ambiente de trabalho (INTEGRA)	1	2	3	4	5
54. A comunicação entre funcionários é insatisfatória (INSATISF)	1	2	3	4	5
55. As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso (ACESSO)	1	2	3	4	5
56. Falta apoio das chefias para meu desenvolvimento profissional (DESENPR)	1	2	3	4	5

BLOCO 4. JOB STRESS SCALE. Neste bloco ainda vamos falar sobre o seu trabalho como servidor...				
	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca
Demanda				
57. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez (RAPIDEZ)?	1	2	3	4
58. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo) (INTENSA)?	1	2	3	4
59. Seu trabalho exige demais de você (EXIGE)?	1	2	3	4
60. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho (CUMPRE)?	1	2	3	4
61. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes (CONTRADI)?	1	2	3	4
Controle: Desenvolvimento e Uso de Habilidades				
62. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho (APRE)?	1	2	3	4
63. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados (HAB)?	1	2	3	4
64. Seu trabalho exige que você tome iniciativas (INICIAT)?	1	2	3	4
65. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas (REPETE)?	1	2	3	4
66. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho (COMO)?	1	2	3	4
67. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho (QUEFAZER)?	1	2	3	4
Suporte: Apoio Social				
	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
68. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho (AGRADA).	1	2	3	4
69. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros (RELACION).	1	2	3	4
70. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho (APOIO).	1	2	3	4
71. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem (BOM).	1	2	3	4
72. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes (CHEFES).	1	2	3	4
73. Eu gosto de trabalhar com meus colegas (GOSTO).	1	2	3	4
JOB:				

BLOCO 5. HÁBITOS DE VIDA. Agora vamos perguntar um pouco sobre seus hábitos de vida. Você poderia informar se...	
74. Você já fumou durante a sua vida (pelo menos 100 cigarros) (FOFUMA)? 1. () Sim 0. () Não	75. Você fuma atualmente (FUMA)? 1. () Sim 0. () Não
76. Você come, diariamente, cinco porções de frutas/hortaliças/cereais (FRUTAS)? 1. () Sim 0. () Não	77. Você come carne com pele ou gordura visível? (Se retina a pele do frango/gordura para cozinhar ou come carne vermelha com gordura aparente) (CARNE)? 1. () Sim 0. () Não
78. Você adiciona sal no alimento pronto, no prato (ADISAL)? 1. () Sim 0. () Não	79. Você adiciona sal na salada após se servir (ADISALAD)? 1. () Sim 0. () Não

BLOCO 6. COMPULSÃO ALIMENTAR. Neste momento vamos perguntar sobre seus hábitos alimentares...	
80. Nos últimos 6 meses, alguma vez você comeu, num período de duas horas, uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria muito grande (QUANTIDADE)? 1. () Sim 0. () Não Se marcar Não: Vá para a pergunta 84	81. Alguma vez, ao comer uma grande quantidade de comida, você sentiu que não conseguia parar (NAOPARA)? Sentiu que não podia controlar a quantidade e nem o que comia? 1. () Sim 0. () Não
82. Nos últimos 6 meses, com que frequência você comeu uma grande quantidade de comida, sentindo que não conseguia se controlar? Pode ter ocorrido semanas em que você não comeu assim. E, em outras, que isso aconteceu muitas vezes. Quantas vezes isso aconteceu? (CONTROLA) 1. () Menos que um dia por semana 2. () Um dia por semana 3. () Dois ou três dias por semana 4. () Quatro ou cinco dias por semana 5. () Quase todos os dias	83. Quando comeu uma grande quantidade de comida sem conseguir controlar sua fome, você: a) Comeu muito rápido (RAPIDO)? 1. () Sim 0. () Não b) Comeu até seu estômago doer ou passar mal (PASSAMAL)? 1. () Sim 0. () Não c) Comeu grande quantidade de comida sem estar com fome (SEMFOME)? 1. () Sim 0. () Não d) Comeu grande quantidade de comida durante o dia, sem ter comido nada no café da manhã, almoço e jantar (COMIDIA)? 1. () Sim 0. () Não

	<p>e) Comeu só porque não queria que alguém olhasse a quantidade que você comia (OLHASSE)? 1.() Sim 0.() Não</p> <p>f) Sentiu-se culpado depois de comer muita comida (CULPADO)? 1.() Sim 0.() Não</p>
<p>84. Nos últimos 6 meses, como você se sentiu ao comer muito ou além do que você acredita ser o melhor para você (ALEM)? 1.() Não me senti mal 2.() Só me senti um pouco mal 3.() Me senti mal 4.() Me senti muito mal 5.() Me senti extremamente mal</p>	<p>85. Nos últimos 6 meses, como você se sentiu por não conseguir parar ou controlar a quantidade e o que comia (SEMCONTROL)? 1.() Não me senti mal 2.() Só me senti um pouco mal 3.() Me senti mal 4.() Me senti muito mal 5.() Me senti extremamente mal</p>
<p>86. Nos últimos 6 meses, o peso ou a forma do seu corpo influenciaram no que você pensa sobre si mesmo? Compare essa sensação com outras áreas de sua vida, como, por exemplo, como você se relaciona com seus pais, amigos e como está indo na escola (FORMACORP). 1.() Peso e forma corporal não tiveram importância no que penso sobre mim. 2.() Peso e forma corporal tiveram importância no que penso sobre mim. 3.() Peso e forma corporal tiveram bastante importância no que penso sobre mim. 4.() Peso e forma corporal tiveram extrema importância no que penso sobre mim.</p>	<p>87. Nos últimos três meses, você já provocou o vômito para evitar ganhar peso, depois de comer uma grande quantidade de comida (VOMITO)? 1.() Sim 0.() Não</p> <p>Se respondeu Sim, quantas vezes isso ocorreu (VOMI)? 1.() Menos que um dia por semana 2.() Um dia por semana 3.() Dois ou três dias por semana 4.() Quatro ou cinco dias por semana 5.() Quase todos os dias</p>
<p>88. Nos últimos três meses, você tomou o dobro da quantidade de laxantes (fazem seu intestino funcionar) depois de comer uma grande quantidade de comida, para evitar ganhar peso (LAXANTE)? 1.() Sim 0.() Não</p> <p>Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu (LAXA)? 1.() Menos que um dia por semana 2.() Um dia por semana 3.() Dois ou três dias por semana 4.() Quatro ou cinco dias por semana 5.() Quase todos os dias</p>	<p>89. Nos últimos três meses, você tomou o dobro da quantidade de diuréticos (fazem você urinar) depois de comer uma grande quantidade de comida, para evitar ganhar peso (DIURETICO)? 1.() Sim 0.() Não</p> <p>Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu (DIURE)? 1.() Menos que um dia por semana 2.() Um dia por semana 3.() Dois ou três dias por semana 4.() Quatro ou cinco dias por semana 5.() Quase todos os dias</p>
<p>90. Nos últimos três meses, você já ficou um dia inteiro sem comer nada para evitar ganhar peso, depois de comer uma grande quantidade de comida (DIANTEIRO)? 1.() Sim 2.() Não</p> <p>Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu (DIANTE)? 1.() Menos que um dia por semana 2.() Um dia por semana 3.() Dois ou três dias por semana 4.() Quatro ou cinco dias por semana 5.() Quase todos os dias</p>	<p>91. Nos últimos três meses, você já fez exercícios por mais de uma hora para evitar ganhar peso depois de comer uma grande quantidade de comida (EXERCICIOS)? 1.() Sim 2.() Não</p> <p>Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu (EXERCI)? 1.() Menos que um dia por semana 2.() Um dia por semana 3.() Dois ou três dias por semana 4.() Quatro ou cinco dias por semana 5.() Quase todos os dias</p>
<p>92. Na sua opinião, qual é o seu peso ideal (PESOIDEAL)? _____ kg</p>	
<p>QEW: _____</p>	
<p>BLOCO 7. DADOS CLÍNICOS DO SERVIDOR. Agora vamos falar um pouco sobre a sua saúde...</p>	
<p>93. Como você considera a sua qualidade de vida (CONSIDQV)? 1.() Muito boa 2.() Boa 3.() Regular 4.() Ruim 5.() Muito ruim</p>	<p>94. Qual o nível da sua saúde (NIVELSAU)? 1.() Muito boa 2.() Boa 3.() Regular 4.() Ruim 5.() Muito ruim</p>
<p>95. Algum médico lhe disse que você tem pressão alta (hipertensão) (DIAGHAS)? 1.() Sim 3.() Outros _____ 0.() Não. Se NÃO, pule para a questão 104</p>	<p>96. Há quanto tempo (anos) você vem tratando da pressão alta (hipertensão) (TEMHAS)? 1.() <1 ano 2.() 1 a 2 anos 3.() 2 a 4 anos 4.() ≥ 5 anos 5.() Não está em tratamento</p>
<p>97. Você faz tratamento com medicamento para controle da pressão (TRAMED)? 0.() Sim 1.() Não</p>	<p>98. Qual o tipo de serviço médico que você utiliza com mais frequência (TIPCON)? 0.() Particular/ Convênio 1.() SUS</p>
<p>99. Quando foi a última consulta para cuidar da pressão arterial (CONSHAS)? 1.() > 6 meses 2.() ≤ 6 meses 3.() Não se aplica</p>	<p>100. Qual o número de remédios diferentes você utiliza para controlar a pressão (Anti-hipertensivos) (NUMHAS)? 0.() 0 1.() 1 2.() 2</p>

	3. () 3	4. () ≥4	88. () Não se aplica
101. O você interrompeu tratamento para a pressão alta em algum momento (INTERHAS)? 1. () Sim 0. () Não	102. Você consultou com médico porque a pressão ficou muito alta nos últimos seis meses (ALTHAS)? 1. () Sim 0. () Não		
103. Há quanto tempo a receita para tratar HAS está sem alteração (RECEITAHAS)? 1. () Mais de 1 ano 2. () Menos de 1 ano 88. () Não se aplica	104. Algum médico lhe disse que você tem açúcar alto no sangue (diabetes) (ACUCAR)? 1. () Sim 0. () Não Se NÃO pale para a questão 114.		
105. Há quanto tempo (anos) você vem tratando do açúcar alto no sangue (diabetes) (TEM DIA)? 1. () <1 ano 2. () 1 a 2 anos 3. () 2 a 4 anos 4. () ≥ 5 anos 5. () Não está em tratamento	106. Qual o tipo de diabetes que você tem (TIPO DM)? 1. () Tipo 1 2. () Tipo 2 99. () Não sabe 3. () Gestacional		
107. Você faz tratamento com medicamento para controle do açúcar alto (TRADIAB)? 0. () Sim 1. () Não	108. Qual o número de remédios diferentes você utiliza para cuidar do açúcar alto, sem contar com os da pressão alta (NUMMED)? 1. () 0 2. () 1 3. () 2-3 4. () 4-5 5. () ≥6 88. () Não se aplica		
109. Você consultou com médico porque o açúcar ficou muito alto nos últimos seis meses (ALTDIAB)? 1. () Sim 0. () Não	110. O você interrompeu tratamento para o açúcar alto em algum momento (INTERDIAB)? 1. () Sim 0. () Não 88. () Não se aplica		
111. Há quanto tempo a receita para tratar DM está sem alteração (RECEITADM)? 1. () Mais de 1 ano 2. () Menos de 1 ano 88. () Não se aplica	112. Quanto foi a sua última glicemia em jejum mensurada (GLIJEJUM)? 1. () <126 2. () ≥126 88. () Não se aplica 99. () Não sabe		
113. Quanto foi a sua última glicemia mensurada estando alimentado (GLIPOS)? 1. () <140 2. () ≥140 88. () Não se aplica 99. () Não sabe	114. Você tem algum problema de saúde diagnosticado (exceto HAS e DM) (PROBLEMA)? 1. () Sim 0. () Não		
113a. O(a) Sr(a) alguma vez na vida sentiu dor no peito e foi diagnosticado(a) com angina pelo seu médico? (ANGINA) 1. () Sim 2. () Não	114a. O(a) Sr(a) alguma vez na vida sentiu dor no peito e foi diagnosticado (a) com infarto agudo do miocárdio pelo seu médico? (IAM) 1. () Sim 2. () Não		
115. Qual seu problema de saúde diagnosticado (exceto HAS e DM) (QUALPROB)? 88. () Não se aplica			

BLOCO 8. MEDICAMENTOS EM USO: Dentre os remédios que referiu usar, gostaríamos de saber os nomes deles...			
116. Faz uso de medicamentos para tratamento de hipertensão, diabetes, dislipidemias, ansiedade, estresse ou depressão (FAZUSO)? 1. () Sim 2. () Não Se sim, quais?			
Nome da medicação	Dosagem/X/dia	Tempo de uso	
117. MED 1	118. (DOSE1)X 	119. Há quanto tempo? (TEMPO1) 1. () menos de 1 mês 2. () 1 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () 6 a 12 meses 5. () acima de 12 meses	
120. MED 2	121. (DOSE2)X 	122. Há quanto tempo? (TEMPO2) 1. () menos de 1 mês 2. () 1 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () 6 a 12 meses 5. () acima de 12 meses	
123. MED 3	124. (DOSE3)X 	125. Há quanto tempo? (TEMPO3) 1. () menos de 1 mês 2. () 1 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () 6 a 12 meses 5. () acima de 12 meses	
126. MED 4	127. (DOSE4)X 	128. Há quanto tempo? (TEMPO4) 1. () menos de 1 mês 2. () 1 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () 6 a 12 meses 5. () acima de 12 meses	
129. MED 5	130. (DOSE5)X 	131. Há quanto tempo? (TEMPO5) 1. () menos de 1 mês 2. () 1 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () 6 a 12 meses 5. () acima de 12 meses	
132. MED 6	133. (DOSE6)X 	134. Há quanto tempo? (TEMPO6) 1. () menos de 1 mês 2. () 1 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () 6 a 12 meses 5. () acima de 12 meses	
135. MED 7	136. (DOSE7)X 	137. Há quanto tempo? (TEMPO7) 1. () menos de 1 mês 2. () 1 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () 6 a 12 meses 5. () acima de 12 meses	
138. MED 8	139. (DOSE8)X 	140. Há quanto tempo? (TEMPO8) 1. () menos de 1 mês 2. () 1 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () 6 a 12 meses 5. () acima de 12 meses	
141. MED 9	142. (DOSE9)X 	143. Há quanto tempo? (TEMPO9) 1. () menos de 1 mês 2. () 1 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () 6 a 12 meses 5. () acima de 12 meses	
144. MED 10	145. (DOSE10)X 	146. Há quanto tempo? (TEMPO10) 1. () menos de 1 mês 2. () 1 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () 6 a 12 meses 5. () acima de 12 meses	

BLOCO 9. IPAQ – Agora vamos falar sobre atividade física de recreação, esporte, exercício e de lazer...	
Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos contínuos	
153. Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre? (CAMINHOU) _____ dias por SEMANA () Nenhum – Vá para questão 155	154. Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA (CAMINHA)? _____ horas _____ minutos
155. Em quantos dias da última semana você fez atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis (MODERADA): _____ dias por SEMANA () Nenhum – Vá para questão 157	156. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta POR DIA (MODERADA)? _____ horas _____ minutos
157. Em quantos dias da última semana você fez atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer logging (VIGOR): _____ dias por SEMANA () Nenhum – Finalize o bloco	158. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta POR DIA (VIGOROSA)? _____ horas _____ minutos
159. IPAQ: _____	
BLOCO 10. DADOS DE VIZINHANÇA. Agora vamos falar um pouco sobre onde você mora e a possibilidade de atividade física na vizinhança...	
160. Durante o dia, você sente que é seguro andar a pé, de bicicleta ou praticar esportes perto da sua casa (SEGURO)? 0. () Sim 1. () Não	161. As ruas perto da sua casa tem boa iluminação à noite (ILUMINA)? 0. () Sim 1. () Não
162. Existe passeio na maioria das ruas perto da sua casa (PASSEIO)? 0. () Sim 1. () Não 2. () Sim, mas com obstáculos	163. Para uma caminhada, como você avalia as calçadas perto da sua casa (CALÇADAS)? 0. () Boa 1. () Regular 2. () Ruim
164. Existem áreas verdes com árvores nas ruas perto de sua casa (ARVORE)? 0. () Sim 1. () Não	165. As ruas perto da sua casa são planas sem altos e baixos (RUAS)? 1. () Sim 2. () Não
BLOCO 11. AUDIT. Agora vamos conversar um pouco sobre bebida alcoólica. Lembre que todas essas informações são confidenciais e os trabalhadores jamais serão identificados individualmente. Você poderia me falar...	
166. Com que frequência (quantas vezes por semana) você consome bebidas alcoólicas (FREQUÊNCIA)? 0. () Nunca 1. () Uma vez por mês ou menos 2. () 2 a 4 vezes por mês 3. () 2 a 3 vezes por semana 4. () 4 ou mais vezes por semana	167. Quantas doses de álcool você consome num dia normal (CONSUMO)? 0. () 0 ou 1 1. () 2 ou 3 2. () 4 ou 5 3. () 6 ou 7 4. () 8 ou mais
168. Com que frequência (quantas vezes por semana) você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião (CINCO)? 0. () Nunca 1. () Menos que uma vez por mês 2. () Uma vez por mês 3. () Uma vez por semana 4. () Quase todos os dias	169. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber, uma vez tendo começado (PARAR)? 0. () Nunca 1. () Menos que uma vez por mês 2. () Uma vez por mês 3. () Uma vez por semana 4. () Quase todos os dias
170. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool (ESPERADO)? 0. () Nunca 1. () Menos que uma vez por mês 2. () Uma vez por mês 3. () Uma vez por semana 4. () Quase todos os dias	171. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior (MANHÃ)? 0. () Nunca 1. () Menos que uma vez por mês 2. () Uma vez por mês 3. () Uma vez por semana 4. () Quase todos os dias
172. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso por ter bebido (CULPADO)? 0. () Nunca 1. () Menos que uma vez por mês 2. () Uma vez por mês 3. () Uma vez por semana 4. () Quase todos os dias	173. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida (LEMBRAR)? 0. () Nunca 1. () Menos que uma vez por mês 2. () Uma vez por mês 3. () Uma vez por semana 4. () Quase todos os dias
174. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido (FERIMENT)? 0. () Não 2. () Sim, mas não no último ano 4. () Sim, durante o último ano	175. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse (PARASSE)? 0. () Não 2. () Sim, mas não no último ano 4. () Sim, durante o último ano
AUDIT: _____ pontos	

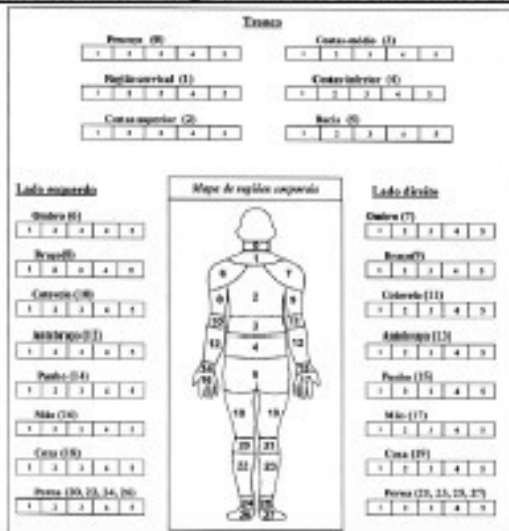
BLOCO 12. PHQ-9. Neste bloco vamos investigar emoções, sentimentos, e estado de ânimo. Gostaríamos de saber como você se sente...				
Questões	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
	0	1	2	3
176. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas (PRAZER)?				
177. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva (BAIXO)?				
178. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume (DORMIR)?				
179. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansado (a) ou com pouca energia (ENERGIA)?				
180. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais (APETITE)?				
181. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesmo (a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo (a) (MAL)?				
182. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão) (CONCENTRA)?				
183. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume (COSTUME)?				
184. Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a) (MORTO)?				
	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade
	0	1	2	3
185. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas (DIFICULDADE)?				
PHQ-9: pontos				

BLOCO 13. RACISMO. Agora vamos conversar um pouco sobre racismo no seu ambiente de trabalho, mais precisamente sobre a ocorrência destes NOS ÚLTIMOS SEIS MESES.	
186. Alguém assumiu que você teria uma escolaridade mais baixa por causa da sua cor da pele? 1. () Sim 0. () Não	187. A linguagem corporal de alguém mostrou que eles estavam com medo de você, por causa da sua cor? 1. () Sim 0. () Não
188. Disseram que as pessoas de cor não experimentam mais o racismo? 1. () Sim 0. () Não	189. Alguém lhe disse que todas as pessoas da sua cor são parecidas? 1. () Sim 0. () Não
190. Você observou pessoas da sua cor em posições de destaque no seu local de trabalho? 1. () Sim 0. () Não	191. A sua opinião foi esquecida em uma discussão em grupo por causa da sua cor? 1. () Sim 0. () Não
191 a. Você foi ignorado (a) na escola ou no trabalho por causa da sua cor. 1. () Sim 0. () Não	191 b. Alguém assumiu que seu trabalho seria inferior a pessoas de outros grupos raciais. 1. () Sim 0. () Não

BLOCO 14. QUESTIONÁRIO NÓRDICO DE SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS. Neste bloco vamos investigar sintomas musculares e dores no corpo que podem estar incomodando você...		
Marque com um X em apenas uma resposta certa para cada questão. (Entrevistador, use a sequência vertical, primeiro para sintomas nos últimos 12 meses, depois impedimentos em 12 meses e por fim, em 7 dias - ver sequência numérica)		
Nos últimos 12 meses, você teve problemas como dor, formigamento, dormência ou desconforto em alguma parte do corpo:	Nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) realizar atividades normais, por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer por causa desse problema no:	Nos últimos 7 dias, você teve algum problema em alguma parte do corpo:
192. Pescoço (PESCOCO1): 1. () sim 0. () não	201. Pescoço (PESCOCO2): 1. () sim 0. () não	210. Pescoço (PESCOCO3): 1. () sim 0. () não
193. Ombros (OMBROS1): 1. () sim 0. () não	202. Ombros (OMBROS2): 1. () sim 0. () não	211. Ombros (OMBROS3): 1. () sim 0. () não
194. Cotovelos/braços (COTOVEL1): 1. () sim 0. () não	203. Cotovelos/braços (COTOVEL2): 1. () sim 0. () não	212. Cotovelos/braços (COTOVEL3): 1. () sim 0. () não
195. Pulsos/mãos (PUMAO1): 1. () sim 0. () não	204. Pulsos/mãos (PUMAO2): 1. () sim 0. () não	213. Pulsos/mãos (PUMAO3): 1. () sim 0. () não
196. Costas (parte superior) (COSTASUP1): 1. () sim 0. () não	205. Costas (parte superior) (COSTASUP2): 1. () sim 0. () não	214. Costas (parte superior) (COSTASUP3): 1. () sim 0. () não
197. Costas (parte inferior) (COSTAINF1): 1. () sim 0. () não	206. Costas (parte inferior) (COSTAINF2): 1. () sim 0. () não	215. Costas (parte inferior) (COSTAINF3): 1. () sim 0. () não
198. Quadril/costas (QUACO1):	207. Quadril/costas (QUACO2):	216. Quadril/costas (QUACO3):

1. () sim 0. () não	1. () sim 0. () não	1. () sim 0. () não
199. Joelhos/pernas (JOELHOS1): 1. () sim 0. () não	208. Joelhos/pernas (JOELHOS2): 1. () sim 0. () não	217. Joelhos/pernas (JOELHOS3): 1. () sim 0. () não
200. Tornozelo/pés (TORPES1): 1. () sim 0. () não	209. Tornozelo/pés (TORPES2): 1. () sim 0. () não	218. Tornozelo/pés (TORPES3): 1. () sim 0. () não

BLOCO 15. DIAGRAMA DE CORLETT E MANENICA DE INTENSIDADE DO DESCONFORTO /DOR
Neste bloco vamos investigar a intensidade dos desconfortos e dores referidos nos últimos 7 (sete) dias....



INTENSIDADE	1	Nenhum desconforto /dor
	2	Alguns desconforto /dor
	3	Moderado desconforto /dor
	4	Tanto desconforto /dor
	5	Intenso desconforto /dor

Escala progressiva de desconforto / dor

Marque a região do corpo humano onde você sente desconforto/dor.

BLOCO 16. MEDIDAS: PRESSÃO ARTERIAL E ANTROPOMÉTRICAS

PRESSÃO ARTERIAL		
1ª Medida: _____ x _____ mmHg	2ª Medida: _____ x _____ mmHg	3ª Medida: _____ x _____ mmHg
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
Circunferência da cintura:	Gordura corporal em %:	Circunferência do quadril:
Altura:	Peso:	Músculo esquelético %:
BMC:	Metabolismo basal:	Idade corporal:
Gordura visceral:		

BLOCO 17. ADESAO TERAPEUTICA- Morisky-Green. Voltando ao assunto das medicações, você poderia me dizer...

219. O(a) Sr(a) às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação (LEMBR)? 1. () Sim 2. () Não	220. O(a) Sr(a) às vezes se descuida de tomar seu medicamento (DESCUI)? 1. () Sim 2. () Não
221. Quando está se sentindo melhor, o(a) sr.(a) às vezes para de tomar seu medicamento (SENTIM)? 1. () Sim 2. () Não	222. Às vezes, se o(a) sr.(a) se sentir pior ao tomar a medicação, para de tomá-la (SENTP)? 1. () Sim 2. () Não

BLOCO 18. QUESTÕES DO CLIMATÉRIO.

223. Você tem menstruação atualmente (MENSTRUACAO)? 1. () Sim 2. () Não	224. Há quantos meses foi a sua última menstruação (TEMPO MENST)? _____ Meses
<i>As perguntas abaixo são sobre sintomas do climatério, gostaríamos de saber se sente algum deles mesmo que a menstruação ainda esteja viva.</i>	
225. Você sente calor mesmo quando a temperatura ambiente não está quente, ou acorda à noite com esse calor (FOGACHOS)? 1. () Sim 2. () Não	226. Você percebe diminuição da libido ou do desejo de ter relações sexuais (DÍMNLIBIDO)? 1. () Sim 2. () Não
227. Você sente ressecamento vaginal (REVAOINAL)? 1. () Sim 2. () Não	228. Você percebe mudanças de humor ou tristeza inexplicável após alterações do ciclo menstrual (HUMOR)? 1. () Sim 2. () Não
229. Você sente mudanças na qualidade do sono ou insônia (INSONIA)? 1. () Sim 2. () Não	230. Você faz terapia hormonal para a menopausa (TH)? 1. () Sim 2. () Não
231. Se sim, você utiliza que terapia hormonal (QUALTH)? 1. () Fitoterapia 2. () Hormônios por pílulas 3. () Hormônios por gel 4. () Hormônios por implante	232. Você utiliza hormônios por creme vaginal (THCREMEVAG)? 1. () Sim 2. () Não

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Cartilhas confeccionadas durante o período da Pandemia da COVID-19 com o intuito de favorecer a promoção de saúde e proteção específica para trabalhadores técnico-administrativos da Universidade do Estado da Bahia.






https://portal.uneb.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/CARTILHA-Cuidados-Básicos_.pdf




<https://portal.uneb.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/COSTTA-uso-racional-de-medicamento.pdf>

ORIENTAÇÕES PARA AS
ATIVIDADES DA VIDA
DIÁRIA E LABORAL
- POSTURA -


[https://portal.uneb.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Cartilha Postura-COSTTA.pdf](https://portal.uneb.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Cartilha_Postura-COSTTA.pdf)




ORIENTAÇÕES PARA AS
ATIVIDADES DA VIDA
DIÁRIA E LABORAL
- ALONGAMENTOS MUSCULARES -



<https://portal.uneb.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/CARTILHA-Alongamento-COSTTA.pdf>



ORIENTAÇÕES PARA AS
ATIVIDADES DA VIDA
DIÁRIA E LABORAL
- FORTALECIMENTO MUSCULAR -




<https://portal.uneb.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/Fortalecimento-Muscular-COSTTA.pdf>

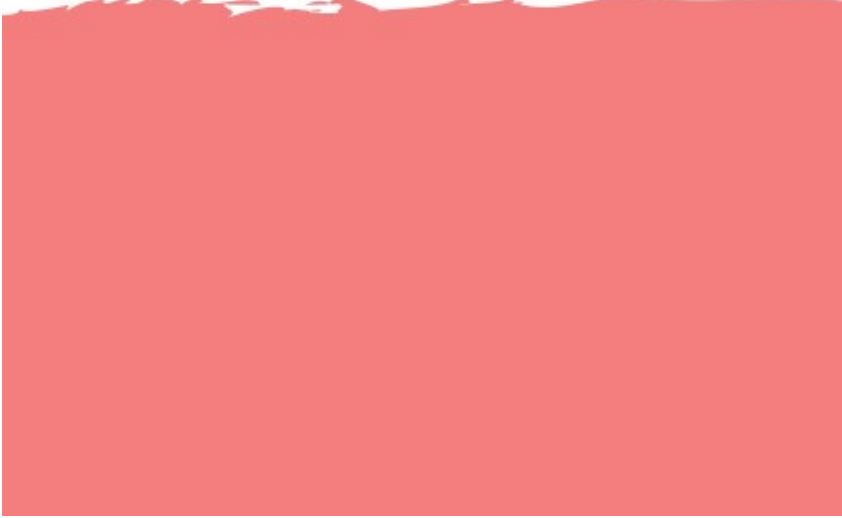
SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA



<https://portal.uneb.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/CARTILHA-Saúde-Mental.pdf>



ORIENTAÇÕES PARA AS
ATIVIDADES DA VIDA
DIÁRIA E LABORAL
- EXERCÍCIOS AERÓBICOS -



<https://portal.uneb.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/AERÓBICO-COSTTA.pdf>



ESTUDO COSTTA
Condições de Saúde dos Trabalhadores Técnico-Administrativos.

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA ESTADUAL DA BAHIA

**Como vai a sua saúde?
E sua qualidade de vida?**

AUTOCUIDADO EM SAÚDE tem sido uma prática regular na sua vida?

Que tal parar um pouco a correria do trabalho e conceder uma pausa em seu benefício?

Você, servidor técnico-administrativo, está sendo convidado a cuidar de você e colaborar com um estudo inédito na UNEB. Esperamos gerar um ganho socioeconômico e científico, já que este estudo pode vir a embasar políticas de promoção de saúde e prevenção de agravos por parte dos dirigentes da nossa instituição.

Junte-se a nós!

Procedimentos a serem realizados:

- Entrevista e acompanhamento individual;
- Exames de sangue (Hemograma completo, Colesterol total e frações, triglicérides e glicemia de jejum);
- Avaliação clínica (peso, altura, Índice de Massa Corpórea, circunferência da cintura e do quadril e bioimpedância).

DATAS:

SALAS:

Pesquisadores: Helena Fraga Maia (UNEB), Jorge Beck (UNEB), Aníbal de Freitas Jr. (UNEB), Teresita Bendicho (UNEB), Ana Pitta (UCSAL), Luciana Brito (UFBA), Bárbara Pompeu (UFF).

Participe e incentive a participação de seus colegas!

 UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA VIDA I
CURSO DE FISIOTERAPIA (BACHARELADO)

PARCERIAS:

 UCSAL  UFBA  UFF



ESTUDO

COSTTA

Condições de Saúde dos Trabalhadores
Técnico-Administrativos.

A coleta de dados do Estudo
COSTTA, CONDIÇÕES DE
SAÚDE DE TRABALHADORES
TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS
DE UMA UNIVERSIDADE
PÚBLICA ESTADUAL DA BAHIA

VAI COMEÇAR
AQUI

Sua participação é muito importante e nós garantimos o sigilo de todas as informações que nos forem concedidas.

Procedimentos a serem realizados:

- Entrevista e acompanhamento individual;
- Exames de sangue (Hemograma completo, Colesterol total e frações, triglicérides e glicemia de jejum);
- Avaliação clínica (peso, altura, Índice de Massa Corpórea, circunferência da cintura e do quadril e bioimpedância).

Queremos que você se sinta confiante de que este trabalho, por seu rigor científico e isenção dos pesquisadores, possa gerar resultados importantes para sua saúde e para sua condição de trabalho. Assim, esperamos gerar um ganho sócio econômico e científico, já que este estudo pode vir a embasar políticas de promoção de saúde e prevenção de agravos por parte dos dirigentes da nossa instituição.

DATAS:

SALAS:

Pesquisadores: Helena Fraga Maia (UNEB), Jorge Beck (UNEB), Anibal de Freitas Jr. (UNEB), Teresita Bendicho (UNEB), Ana Pitta (UCSAL), Luciana Brito (UFBA), Bárbara Pompeu (UFF).

Participe e incentive a participação de seus colegas!



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA VIDA I
CURSO DE FISIOTERAPIA (BACHARELADO)



UCSAL

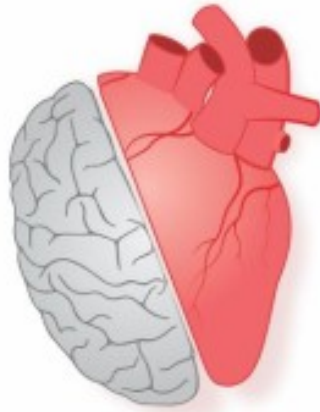


UTA



UFF

PARCERIAS:



ESTUDO COSTITA

Condições de Saúde dos Trabalhadores
Técnico-Administrativos.

Informações ao Servidor

https://issuu.com/caricamundo/docs/cartilha_servidor



Solicitação de Exames

Para: _____

Solicito os exames:

- Hemograma Completo
- Colesterol Total e Frações
- Triglicérides
- Glicemia

Marcação para o dia: ____ / ____ / ____

Salvador, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Responsável

Rua Silveira Martins, 2555, Cabula - Salvador-Bahia, CEP:41.150.000
Tel.:(71) 3117.2433



Declaração de Comparecimento à Entrevista

Declaramos para os devidos fins, que o(a) Sr(a).

participa do projeto Condições de Saúde dos
Trabalhadores Técnico-Administrativos (Estudo COSTTA)
e compareceu para conceder entrevista aos pesquisadores
em ____/____/____, no período das ____h:____m às ____h:____m.

Salvador, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Responsável

Rua Silveira Martins, 2555, Cabula - Salvador-Bahia. CEP:41.150.000
Tel: (71) 3117.2433



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA VIDA I
CURSO DE FISIOTERAPIA (BACHARELADO)



UCSAL



UFBA



UFF

Essa cartilha pertence ao servidor:

Agradecemos a participação na pesquisa **CONDIÇÕES DE SAÚDE
DOS TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVO**

Os pesquisadores