



Qualidade de vida e sofrimento:  
aspectos biopsicossociais da fadiga e  
da dor e a necessidade da integração  
disciplinar



**RICARDO MARTINELI MASSOLA**

ESPECIALISTA EM GESTÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA EMPRESA -  
UNICAMP. MESTRANDO EM QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA -  
FEF / UNICAMP

**A** Qualidade de Vida vem sendo discutida como uma importante forma de superação do entendimento da saúde apenas como aspecto biológico, ausência de doenças e sua conseqüente desumanização no tratamento das pessoas (Grupo WHOQOL, 1998). Da mesma forma, o tema “Qualidade de Vida no Trabalho” (QVT) é abordado na grande maioria das situações que envolvam a saúde geral do trabalhador. Segundo Limongi-França (1996), QVT é definida como o “conjunto das ações de uma empresa, que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho, visando atender escolhas de bem-estar das pessoas que atuam em uma empresa, unidade de negócio ou setor específico”. Tal visão, com sua origem holística, nos traz alguns aspectos importantes de influência na QVT como: as novas formas de gestão, incluindo aqui o desenvolvimento de programas específicos para a melhoria da Qualidade de Vida; os novos processos tecnológicos e sua interação com o trabalhador, como as intervenções ergonômicas; o bem-estar, como

aspecto subjetivo da Qualidade de Vida; e a delimitação de espaço, ou seja, o ambiente de trabalho.

Cabe aos profissionais envolvidos nesse processo o estabelecimento de diretrizes e intervenções que proporcionem essas melhorias. Para isso, iremos abordar os programas desenvolvidos pela integração disciplinar com um enfoque biopsicossocial.

Para entendermos o bem-estar e como se dá o funcionamento dos programas voltados a ele, devemos entender sua antítese: o sofrimento, manifestado pela dor, fadiga e diminuição da capacidade de trabalho.

## **O SOFRIMENTO E SUAS MANIFESTAÇÕES**

A insatisfação e a ansiedade são descritas por Dejours (1992) como sintomas do sofrimento. Sofrimento esse com seu começo marcado pela certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir. Essa insatisfação e sofrimento, freqüentemente relacionados ao modo de organização do trabalho taylorizado, geram, ainda segundo DEJOURS (1994), uma energia pulsional que se acumula no aparelho psíquico, ocasionando sentimento de desprazer e tensão. Transbordada para o corpo, manifesta-se em forma de fadiga física, ou seja, a “testemunha não específica da sobrecarga” psíquica.

Sendo essa fadiga somática, possui manifestações viscerais e musculares, desencadeando patologias e efetivando a dor e a incapacidade (Dejours, 1994).

Na linha de fatores psicológicos e somáticos, Lucire (1986) fala sobre a dor e as lesões ocupacionais, como os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Segundo ela, os DORT seriam conseqüência de uma neurose histérica gerada pela insatisfação de necessidades e desejos não realizados. As lesões seriam, portanto, uma manifestação de impotência do indivíduo em simbolizar a situação traumática.

Além dos fatores sociais de organização do trabalho e dos fatores psicológicos e somáticos já descritos, não podemos esquecer do fator biológico. Este fator, gerador da denominação Lesão por Esforço Repetitivo (LER), tem sido freqüentemente associado à má postura, força excessiva, alta duração e freqüência dos movimentos. Sendo assim, a fadiga, a dor e seus efeitos incapacitantes têm uma determinação biopsicossocial que influencia algumas das dimensões da Qualidade de Vida.

## **QUALIDADE DE VIDA E SUA RELAÇÃO COM A DOR E A FADIGA**

A Qualidade de Vida tem sido avaliada através de um perfil genérico, multidimensional, subjetivo e desenvolvido para uso dos serviços de saúde em diversas culturas. Este instrumento – o WHOQOL (WHOQOL Group, 1995) – possui 6 domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais / religião / crenças pessoais). Cada domínio possui suas características específicas, denominadas facetas, totalizando 24 facetas.

No domínio físico, encontram-se duas facetas importantes para nossa análise: dor e desconforto; energia e fadiga.

Segundo Skevington (1998), acredita-se amplamente que a dor tem um efeito profundo na Qualidade de Vida de uma pessoa. Não só a Qualidade de Vida é aclamada como uma das mais importantes formas de medida em saúde, como quando é utilizada nas pesquisas sobre dor, observa-se que sua escala é mais fiel em mostrar as alterações nas condições clínicas quando comparada às escalas tradicionais de medida de dor (Linton, 1989).

Em seu estudo sobre a relação entre dor e desconforto e qualidade de vida, Skevington (1998), mostra que a presença de dor afetou a percepção de 5 dos 6 domínios da qualidade de vida, sendo o domínio dos aspectos espirituais / religião / crenças pessoais a única exceção. A faceta dos sentimentos negativos, situada no domínio psicológico, possuiu a maior

relação com a dor. Aqueles que não tinham um quadro de dor possuíam uma melhor qualidade de vida quando comparados aos sujeitos com dor, como previsto. Além disso, quanto maior a duração da dor, mais pobre era a qualidade de vida, nos mostrando os efeitos deletérios da dor crônica.

A dor tem sido considerada tão importante como fator de influência na qualidade de vida, que Mason (2004) desenvolveu um módulo específico de dor para ser agregado ao WHOQOL-100. Esse novo módulo validou 10 novas facetas, como alívio da dor, raiva e frustração, sensação de solidão, vulnerabilidade, culpa, relação com o profissional da saúde, entre outras, que foram distribuídas entre os 6 domínios. Tal a importância das relações do paciente com o profissional da saúde, que esse fator tem sido foco de grande preocupação e já é abordado pela Medicina Baseada em Evidências (Herbert, 2005) como um de seus três pilares: estudos clínicos de alta qualidade, conhecimento profissional e as preferências do paciente. No ambiente de trabalho, Walsh (2004) relata que diferentes níveis de dor refletiram também níveis distintos e equivalentes de perda da capacidade para o trabalho.

Já o conceito de fadiga tem sido foco de discussão (Aehsberg, 2000). De acordo com os descritores de assunto da base de dados Pubmed, a fadiga é o estado de exaustão causado por período de esforço, mental ou físico, caracterizado pela diminuição da capacidade de trabalho e uma redução na eficiência de resposta aos estímulos. Autores como Cella (1998), associam a fadiga a uma diminuição da capacidade de trabalho físico e mental e que não é aliviada pelo descanso. Nas dimensões que a envolve, existem a dimensão física e a psicológica, como descrito por Chalder (1993), e a fadiga geral, fadiga física, fadiga mental, motivação reduzida e atividade reduzida, como descrito por Smets (1995).

A fadiga tem sido associada à Qualidade de Vida principalmente através de doenças em que ela se manifesta, como a artrite e a sarcoidose (Wirnesberger, 1999). No trabalho, os principais estudos sobre fadiga tratam do trabalho em turnos (Metzner, 2001).

Assim, a dor e a fadiga possuem, além do componente biológico, uma perspectiva psicossocial que não pode ser negligenciada pelos profissionais da saúde.

## **PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E A INTEGRAÇÃO DISCIPLINAR**

O termo “integração disciplinar”, por seus componentes de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, já é bastante controverso (Iribarry, 2003) e não cabe, neste espaço, seu julgamento. Utilizaremos a integração disciplinar como forma de descrever um trabalho que congrega diversas especialidades com a finalidade de uma cooperação. Como vimos, a fadiga, a dor e seus efeitos incapacitantes são fenômenos biopsicossociais. Dessa forma, devem ser encarados por profissionais que agreguem seus conhecimentos para a melhora da Qualidade de Vida e estado geral de saúde do trabalhador.

Goucke (2003) nos fala da abordagem psicossocial para o tratamento da dor. Mostra que os tratamentos não-farmacológicos como a educação, as modificações no estilo de vida e a prática de atividade física devem ser usadas rotineiramente para a melhora da Qualidade de Vida do paciente. Mais, relata que pacientes com dor crônica persistente de difícil controle ou com influências psicossociais complexas devem realizar tratamento com uma equipe multidisciplinar.

Em uma revisão sistemática, Gusman (2001) relata que existe forte evidência científica mostrando que a reabilitação com foco biopsicossocial e multidisciplinar possui melhores desfechos quando comparada ao tratamento não multidisciplinar, para pacientes com dor lombar.

Hildebrandt (2000), em outra revisão sistemática, conclui que estimular a prática de atividade física constitui um meio de diminuir a morbidade músculo-esquelética na população que trabalha, principalmente em trabalhadores seden-

tários. Aliás, Danna (1999) mostra, em seu estudo, que trabalhadores que praticam atividade física no trabalho possuem melhor bem-estar psicológico e bem-estar físico, relatando maior satisfação com o trabalho.

A Prática de atividade física no local de trabalho tem se mostrado benéfica em diversos aspectos. Neste caso, não só os indivíduos com dor ou fadiga obtém os benefícios. Heirich (1993) realiza um estudo em que mostra que o aconselhamento individual em grupos de risco e a organização do local de trabalho para a prática de atividade física foram efetivos para aumentar a freqüência da prática de exercícios, adequar a pressão arterial, perda de peso, e diminuição no uso do tabaco. Melhora, ainda, a capacidade funcional e reduz o risco de doenças crônicas (Russell, 1983).

Obviamente, a educação, o incentivo e o tratamento adequados serão beneficiados por políticas de estímulo à saúde e à Qualidade de Vida por parte das instituições. Não nos esqueçamos, aqui, do possível enxugamento do Estado, mas devemos nos lembrar do relevante papel social das empresas. Cabe ressaltar uma das tendências apontadas pelo Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (PIACT) da Organização Internacional do Trabalho (OIT): *dirigida ao melhoramento da qualidade geral de vida como uma aspiração básica para a humanidade hoje e que não pode sofrer solução de continuidade no portão da fábrica* (Mendes, 1988). Programas de atividade física, nutrição, ergonomia, ginástica laboral entre outros diversos, desde que levado em consideração as necessidades, expectativas, a busca da participação por parte do trabalhador e formas criativas de extensão para sua família e comunidade, têm um potencial para a promoção da saúde. Quando organizados por um grupo de profissionais de diferentes disciplinas e considerando os aspectos biológicos, o ambiente e o suporte social, temos a confiança no sucesso.

Fica evidente que a integração disciplinar exerce influência fundamental para a melhora do sofrimento do trabalhador. Essa abordagem, que faz com que o profissional da saúde seja um verdadeiro antropólogo, ou seja, sabe olhar, ouvir e escrever (Oliveira, 2000), torna o atendimento mais

humanizado. Aliás, não é nada além disso que um trabalhador espera; é tudo isso que a ciência da Qualidade de Vida pode oferecer.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEHSBERG, E., ET AL. SHIFTWORK AND DIFFERENT DIMENSIONS OF FATIGUE. *INTERNATIONAL JOURNAL OF INDUSTRIAL ERGONOMICS [INT. J. IND. ERGONOMICS]*. VOL. 26, NO. 4, PP. 457-465. OCT 2000.
- CELLA, D. PROGRESS TOWARD GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF FATIGUE. *ONCOLOGY (WILLISTON PARK)*, 1998, NOV;12(11A):369-77.
- CHALDER, T., ET AL. DEVELOPMENT OF A FATIGUE SCALE. *JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH*. 1993, 37(2):147-53.
- DANNA, K.; GRIFFIN, R. W. HEALTH AND WELL-BEING IN THE WORKPLACE: A REVIEW AND SYNTHESIS OF THE LITERATURE. *JOURNAL OF MANAGEMENT*, 1999, 25(3): 357-384.
- DEJOURS, C. A LOUCURA DO TRABALHO: ESTUDO DE PSICOPATOLOGIA DO TRABALHO. SÃO PAULO: CORTEZ – OBORÉ, 1992.
- \_\_\_\_\_. PSICODINÂMICA DO TRABALHO: CONTRIBUIÇÕES DA ESCOLA DEJOURIANA À ANÁLISE DA RELAÇÃO PRAZER, SOFRIMENTO E TRABALHO. SÃO PAULO: ATLAS, 1994.
- GOUCKE, C. R. THE MANAGEMENT OF PERSISTENT PAIN. *MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA*. 2003, MAY 5;178(9):444-7.
- GRUPO WHOQOL. VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA. [ONLINE] DISPONÍVEL NA INTERNET VIA WWW. URL: [HTTP://WWW.UFRGS.BR/PSIQ/WHOQOL1.HTML](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html). ARQUIVO CAPTURADO EM 25 DE JANEIRO DE 2006.
- GUZMAN, J.; ESMAIL, R.; KARJALAINEN, K.; MALMIVAARA, A.; IRVIN, E.; BOMBARDIER, C. MULTIDISCIPLINARY REHABILITATION FOR CHRONIC LOW BACK PAIN: SYSTEMATIC REVIEW. *BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 2001, JUN 23;322(7301):1511-6.
- HEIRICH, M. A.; FOOTE, A.; ERFURT, J.C.; KONOPKA, B. WORK-SITE PHYSICAL FITNESS PROGRAMS. COMPARING THE IMPACT OF DIFFERENT PROGRAM

DESIGNS ON CARDIOVASCULAR RISKS. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL MEDICINE*, 1993. MAY;35(5):510-7.

HERBERT, R.; JAMTVEDT, G.; MEAD, J.; HAGEN, K. B. PRACTICAL EVIDENCE-BASED PHYSIOTHERAPY. LONDON, ELSEVIER, 2005.

HILDEBRANDT, V.H.; BONGERS, P.M.; DUL, J.; VAN DIJK, F.J.; KEMPER, H.C. THE RELATIONSHIP BETWEEN LEISURE TIME, PHYSICAL ACTIVITIES AND MUSCULOSKELETAL SYMPTOMS AND DISABILITY IN WORKER POPULATIONS. *INTERNATIONAL ARCHIVES OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HEALTH*. 2000, Nov;73(8):507-18.

IRIBARRY, I. N. APROXIMAÇÕES SOBRE A TRANSDISCIPLINARIDADE: ALGUMAS LINHAS HISTÓRICAS, FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS APLICADOS AO TRABALHO DE EQUIPE. *PSICOLOGIA: REFLEXÃO E CRÍTICA*, 2003, 16(3), pp. 483-490.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. INDICADORES EMPRESARIAIS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. SÃO PAULO: USP, 1996. TESE (DOUTORADO) – FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, 1996.

LINTON, S. J.; BRADLEY, L. A.; JENSEN, I.; SPANGFORTH, E.; SUNDELL, L. THE SECONDARY PREVENTION OF LOW BACK PAIN: A CONTROLLED STUDY WITH FOLLOW UP. *PAIN*, 1989, 36: 197-207.

LUCIRE, Y. NEUROSIS IN THE WORKPLACE. *THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA*, 1986, 145:6, 323-27

MASON, V.; SKEVINGTON, M.; OSBORN, M. DEVELOPMENT OF A PAIN AND DISCOMFORT MODULE FOR USE WITH THE WHOQOL-100. *QUALITY OF LIFE RESEARCH*, 2004, 13: 1139-1152.

MENDES, R. IMPACTO DOS EFEITOS DA OCUPAÇÃO SOBRE A SAÚDE DOS TRABALHADORES. I. MORBIDADE. *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, 1988, 22:311-326.

METZNER R. J., FISCHER, F. M. FADIGA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM TURNOS FIXOS DE DOZE HORAS. *REVISTA SAÚDE PÚBLICA*, 2001, 35(6):548-53.

OLIVEIRA, R.C. O TRABALHO DO ANTROPÓLOGO. UNESP; PARALELO 15, 2000.

RUSSELL, R.; BLAIR, S. N. PHYSICAL FITNESS PROGRAMMING FOR HEALTH PROMOTION AT THE WORKSITE. *PREVENTIVE MEDICINE*, 1983, 12(5): 644-653.

SKEVINGTON, S. M. INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN PAIN AND DISCOMFORT AND QUALITY OF LIFE, USING THE WHOQOL. *PAIN*, 1998, 76: 395-406.

SMETS, E. M.; GARSSEN, B.; BONKE, B.; DE HAES, J. C. THE MULTIDIMENSIONAL FATIGUE INVENTORY (MFI): PSYCHOMETRIC QUALITIES OF AN INSTRUMENT TO ASSESS FATIGUE. *JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH*. 1995, APR;39(3):315-25.

WALSH, I. A., ET AL. *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, 2004, APR;38(2):149-56.

WHOQOL GROUP. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): POSITION PAPER FROM THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. *SOCIAL SCI MED.*, 1995, 41: 1403-1409.

WIRNSBERGER, R.M.; DE VRIES, J.; JANSE, T.L.; VAN HECK, G.L.; WOUTERS, E.F.M.; DRENT, M. IMPAIRMENT OF QUALITY OF LIFE: RHEUMATOID ARTHRITIS VERSUS SARCOIDOSIS. *THE NETHERLANDS JOURNAL OF MEDICINE*, 1999, 54: 86-95.