



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

JULLIANA MARQUES FERREIRA LUNIERE

**MODIFICAÇÃO DO DESEMPENHO E DOS PAPÉIS
OCUPACIONAIS DE UM TRABALHADOR
ACIDENTADO- UM ESTUDO DE CASO**

Brasília-DF

2014

JULLIANA MARQUES FERREIRA LUNIERE

**MODIFICAÇÃO DO DESEMPENHO E DOS PAPÉIS
OCUPACIONAIS DE UM TRABALHADOR
ACIDENTADO- UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professor (a) Orientador (a): Profa. Ms
Daniela da Silva Rodrigues

Brasília-DF

2014

*"A falta de solidariedade é
anestésica, adormece a
pessoa em relação às
necessidades do outro".*

Papa Francisco

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as Graças que me possibilitou alcançar, pela força e perseverança que me proporcionou quando as coisas pareciam não funcionar;

Aos meus pais e meus irmãos que de perto ou de longe sempre me apoiaram e ajudaram de todas as formas possíveis e impossíveis;

A toda minha família por me ajudar a chegar aonde cheguei e a ser quem eu sou;

A Marcos Orrico, por toda disponibilidade, ajuda e todo carinho nas horas de sufoco;

A todos os meus professores de Terapia Ocupacional, por me passarem toda paixão e por serem exemplos no caminho;

Especialmente aos professores Daniela Rodrigues pela imensa ajuda, orientação e por me guiar a um caminho antes não esperado e Pedro Almeida pelo auxílio quando foi preciso e pela disponibilidade;

A todos os meus amigos que apoiaram, escutaram e fizeram essa caminhada comigo cheia de tropeços, mas com imensas alegrias;

Especialmente a Julia Zgiet por me fazer persistir e ir atrás do que era necessário quando já tinha desistido.

A todos vocês o meu mais sincero Obrigada!

RESUMO

LUNIERE, J. M. F. **Modificação do desempenho e dos papéis ocupacionais de um trabalhador acidentado- um estudo de caso.** 2014. 47f. Monografia (Graduação)- Universidade de Brasília, Graduação em Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia. Brasília 2014.

A Saúde do Trabalhador (ST) é um campo de práticas que buscam conhecer as relações de trabalho, o acidente de trabalho ocorre a serviço da empresa e pode provocar perda ou redução da capacidade laboral, seja de forma permanente ou temporária. Os papéis ocupacionais organizam o comportamento do sujeito de modo a contribuir para a formação da identidade pessoal de cada indivíduo, sendo que traumas ou doenças podem modificar o desempenho dos papéis ocupacionais. A presente pesquisa tem por objetivos: identificar o desempenho e os reflexos nos papéis ocupacionais do trabalhador após o acidente de trabalho, compreender de que forma esses acidentes podem modificar a vida cotidiana dos trabalhadores, bem como relatar a partir da perspectiva dos trabalhadores as mudanças em seu projeto de vida depois do acidente. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, feita através do método de estudo de caso sobre o acidente de trabalho e as modificações geradas nos papéis ocupacionais desempenhados pelo trabalhador acidentado, sujeito dessa pesquisa. Para este fim foram utilizados como instrumentos um roteiro de entrevista semi-estruturada, uma ficha de Avaliação de Terapia Ocupacional, a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala de Percepção de Corlett e Disfunção de Braço, Ombro e Mão (DASH). Como resultado foi encontrado que o trabalhador, segurança de carro forte, sofreu tentativa de assalto, atingido por quatro disparos, sendo que o fragmento de um dos projéteis lesionou parcialmente a medula, levando a fortes dores neuropáticas e crônicas. Apresenta limitações em diversas atividades diárias, modificações na percepção da auto-imagem, nas relações com as pessoas a sua volta e poucas perspectivas para o futuro, o desempenho de vários papéis ocupacionais de grande importância para o trabalhador foram alterados. A pesquisa evidencia que os acidentes de trabalho têm reflexos negativos em diferentes dimensões e esferas da vida dos indivíduos, alcançando os objetivos previamente elencados, porém, entende-se a necessidade de mais pesquisas e maior visibilidade ao assunto.

Palavras-Chave: Papéis Ocupacionais, Acidentes de Trabalho, Atividades de Vida Diária, Saúde do Trabalhador, Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

LUNIERE, J. M. F. **Modificação do desempenho e dos papéis ocupacionais de um trabalhador acidentado- um estudo de caso.** 2014. 47p. Thesis (Graduate) - University of Brasilia, Undergraduate Occupational Therapy, School of Ceilândia. Brasilia, 2014.

The Occupational Health (OH) is a field of practices that seeks to know the working relationships and intervene in health and disease processes. The work accident occurs on company business and may cause bodily injury, functional disorder resulting in death or the loss or reduction of work capacity, either permanently or temporarily. The occupational roles organize the behavior of the subject in order to contribute to the formation of personal identity of each individual, trauma or diseases can change the performance of your occupational roles. This research aims to identify the performance and reflections in occupational roles worker after the accident at work, understand how accidents at work can change the daily lives of workers, as well as describe from the perspective of workers changes in their life project after the accident. This is a study of qualitative approach, made through the case study method on the accident and the changes generated in the occupational roles of the injured worker, subject of this research. For this purpose were used as instruments a semi- structured interview, a occupational therapy evaluation , the Visual Analogue Scale (VAS), the Corlett Perception Scale and Dysfunction Arm , Shoulder and Hand (DASH) .As a result it was concluded that the worker, strong car safety, suffered attempted robbery, hit by four shots, and the fragment of the shells partially injured the marrow, leading to severe neuropathic and chronic pain. Presents limitations in various daily activities, changes in the perception of self-image, in relations with the people around you and few prospects for the future , the performance of various occupational roles of great importance for the worker have changed. The research shows thus that accidents at work have negative effects in the different dimensions and spheres that are part of its existence, reaching the previously listed objectives, however, percieve the need for greater visibility to the issue.

Keywords: Occupational roles, Work Accidents, Activities of Daily Living, Occupational Health, Occupational Therapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. A SAÚDE DO TRABALHADOR	8
1.2. ACIDENTE DE TRABALHO	11
1.3. TERAPIA OCUPACIONAL, PAPÉIS OCUPACIONAIS E A SAÚDE DO TRABALHADOR	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3.1. GERAL	16
3.2. ESPECÍFICOS	16
4. METODOLOGIA	17
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
7. APÊNDICES	37
8. ANEXOS	40

1. INTRODUÇÃO

1.1. A SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador (ST) é um campo de práticas que, no Brasil, passa pela Saúde Coletiva, busca conhecer as relações de trabalho e intervir nos processos de saúde-doença (LACAZ, 2007). São métodos interdisciplinares, com diversos atores com um objetivo e uma perspectiva em comum (MINAYO-GOMEZ e THEDIM- COSTA, 1997), que deveriam envolver ações de assistência, promoção, prevenção dos agravos relacionados ao trabalho e vigilância (COSTA *et al.*, 2013). De acordo com Vilela, Ricardi e Iguti (2001) a Vigilância em saúde do trabalhador pode integrar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, serviços de saúde, e outras áreas do conhecimento.

No Brasil, o momento em que se iniciam as lutas pela Saúde do Trabalhador data dos anos 1970, influenciadas pelos movimentos ocorridos na Europa nos anos 50, que levantavam questionamentos sobre condições de trabalho e traziam ainda reivindicações por mudanças que garantissem saúde e qualidade de vida para a população (DIAS e HOEFEL, 2005), tendo em vista que as intervenções do Estado eram insuficientes (MEDEIROS *at al.*, 2013) nestes países.

Apoiada pelos trabalhadores e sindicatos a Reforma Sanitária Brasileira incluía questões sobre a Saúde do Trabalhador, trazendo reivindicações citadas por Dias e Hoefel (2005):

A defesa do direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde (DIAS e HOEFEL, 2005, p. 819).

A partir de então, começou a ocorrer a implementação de ações de assistências e de vigilâncias, que vêm contribuindo para instituir a atenção à saúde do trabalhador brasileiro (DIAS 1994 *apud* DIAS e HOEFEL, 2005).

A Constituição Federal de 1988 ao ampliar o conceito de saúde e citar como alguns de seus determinantes as condições de renda, trabalho e emprego, incorporou as questões de ST e atribuiu como responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) a coordenação de tais ações no país.

Apenas em 1990 houve a regulamentação do campo da Saúde do Trabalhador, o artigo 6º da lei 8.080/90 atribuiu ao SUS as ações neste campo e o definiu como atividades destinadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos em seu ambiente de trabalho, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, advindos das condições de trabalho consideradas como atribuições do SUS. (DIAS, *et al.*, 2009).

A mesma autora (*op. cit.*) complementa ao dizer que o termo “trabalhadores”, seguindo o princípio da universalidade do SUS, contempla homens e mulheres que exerçam atividades para próprio sustento ou de dependentes, que estejam inseridos no mercado de trabalho, seja ele formal ou informal.

Antigamente no Brasil antes da implementação e construção do sistema de saúde brasileiro, a atenção à saúde dos trabalhadores (regulamentação e inspeção das condições laborais e assistência médica), era provida apenas àqueles inseridos no mercado formal de trabalho e uma atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social (DIAS e HOEFEL, 2005).

Apesar do que foi estabelecido pela constituição havia ainda um longo caminho para que a lei saísse do papel e fosse cumprida, sendo a Saúde do Trabalhador inserida no SUS. Um dos motivos para a difícil inserção deste campo apontado por Dias e Silva (2013) é por suas ações se configurarem como resistência à lógica financeira vigente.

Vale ressaltar, porém, que o caráter das ações era isolado e individual, ou seja, sem intervenção nas empresas, para reinserção do profissional e sem caráter preventivo (LANCMAN, 2004). Segundo Dias *et al.* (2009) as questões de ST têm sido, ainda hoje, tratadas superficialmente e reduzidas à dimensão médico-assistencial.

Em 2002, com a Portaria GM/MS nº 1.679, de 18 de setembro, surge a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, pelo fortalecimento de sindicatos e movimentos sociais que reivindicavam melhoras com base nos princípios e diretrizes do SUS, tinha o objetivo de espalhar as ações de ST (LANCMAN, 2004), foi planejada como uma unidade especializada que servisse para articulação com a rede local de saúde.

Porém, na época restringiam seus cuidados apenas aos portadores de doenças ocupacionais, deixando àqueles que sofreram acidentes à margem, contudo já seguiam os pressupostos de vigilância e intervenção em empresas, a fim de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores (LANCMAN, 2004). Em 2005 houve a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, quando a RENAST passou a ser a principal

estratégia no que se refere a ST no SUS (RENAST ON LINE, 2013). A RENAST pode ser entendida como:

Uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde, na perspectiva da ST. (RENAST ONLINE, 2013).

Na atualidade, de acordo com sua instituição prevista na Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009, a Rede deve fazer a articulação de serviços do SUS, previamente dita, por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), suas ações devem favorecer a integralidade do cuidado contemplando desde a atenção básica até a alta complexidade, devendo estar articuladas aos serviços municipais, às secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal (RENAST ON LINE, 2013). Os CEREST passam a ter como tarefa matriciamento, promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico e reabilitação da saúde, tanto de trabalhadores urbanos quanto rurais (DIAS e SILVA, 2013).

Hoje no Brasil a responsabilidade sobre a Saúde do Trabalhador é dividida entre três ministérios: Trabalho, Previdência Social e o Ministério da Saúde (MS), cabendo ao último, dentre outros deveres, a vigilância à saúde do trabalhador a partir de 2011, pelo Decreto nº 7.602, que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, assinado pela presidente, dentro dos pressupostos do SUS, (TAKAHASHI, *et al.*, 2011).

O Ministro da Saúde de acordo com a atribuição que lhe confere na Constituição, considerando que faz parte das competências do SUS a implementação das ações de ST, seu papel de coordenar em âmbito nacional a política de Saúde do Trabalhador, conforme exposto na Lei 8.080, considerando também o alinhamento entre a Política de Saúde do Trabalhador e a PNSST, e a necessidade de implementar ações de ST em todos os níveis de atenção, implementou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em agosto de 2012 (BRASIL, 2012).

Agindo em conjunto com as políticas de saúde do SUS, e considerando o trabalho como um determinante do processo saúde-doença esta política tem por finalidade:

Definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos

trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Desta forma percebe-se que a saúde dos trabalhadores está estreitamente ligada às condições de trabalho, as circunstâncias em que o trabalho é realizado e à exposição aos riscos ocupacionais (ASSUNÇÃO e LIMA, 2012).

1.2. ACIDENTE DE TRABALHO

De acordo com o artigo 19 da lei 8.213 acidente do trabalho ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa podendo provocar lesão corporal, perturbação funcional resultando em morte ou a perda ou a redução da capacidade laboral, seja de forma permanente ou temporária.

Ainda de acordo com essa lei, se enquadra como acidente de trabalho: doença profissional, produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho constante ou em condições especiais, que conste na relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade, acidente sofrido pelo trabalhador mesmo estando fora do local e horário de trabalho se estiver realizando serviço sob a autoridade da empresa, prestação de serviço espontâneo a fim de evitar prejuízos ou que lhe gere benefícios, acidentes que ocorram em viagens pela empresa e no trajeto da residência para trabalho e vice-versa.

Segundo Santana, Nobre e Waldvogel (2005), as estatísticas acerca dos acidentes de trabalho provêm predominantemente do Ministério da Previdência Social, porém estes dados limitam-se apenas a trabalhadores segurados, de forma que estes levantamentos não correspondem à realidade brasileira, refletindo apenas parte da realidade nacional, dos trabalhadores com carteira assinada, abrangendo apenas 49,2% da classe trabalhadora (REVISTA DE PROTEÇÃO, 2014), entre esses trabalhadores contemplados parece que tem havido queda nos números tanto de morte por acidentes de trabalho, quanto dos próprios acidentes de trabalho em si (SANTANA, NOBRE E WALDVOGEL, 2005; REVISTA DE PROTEÇÃO, 2014), mas Santana, Nobre e Waldvogel (2005) ressaltam que a baixa verificada nesses números são mais expressivos nas taxas associadas à mortalidade que as associadas à morbidade.

1.3. TERAPIA OCUPACIONAL, PAPÉIS OCUPACIONAIS E A SAÚDE DO TRABALHADOR

A área de atuação da Terapia Ocupacional (TO) está relacionada aos elementos do desempenho ocupacional, sendo eles, o indivíduo e os papéis que desempenha no seu cotidiano, suas ocupações e suas relações com as pessoas e o ambiente que habita. Tal atuação tem por objetivo aumentar a autonomia do indivíduo tanto quanto possível e minimizar efeitos de barreiras existentes, sejam elas ambientais ou funcionais. Os Terapeutas Ocupacionais empregam atividades terapêuticas para alcançarem objetivos que sejam relevantes para o cotidiano do sujeito e significativos para o indivíduo (HAGEDORN, 2003).

Os papéis ocupacionais são determinantes da produtividade humana, organizam o comportamento do sujeito de forma a contribuir para a formação da identidade pessoal de cada indivíduo (CORDEIRO, 2005).

A American Occupational Therapy Association (AOTA) (2013) apresenta os papéis ocupacionais como comportamentos, moldados pela cultura em que se está inserido, esperados pela sociedade acerca dos indivíduos, podem fornecer orientações de como se portar em certos momentos, de acordo com as ocupações que o indivíduo pode estar envolvido.

Quando os indivíduos sofrem algum trauma ou doença podem ter o desempenho de seus papéis ocupacionais alterados ou interrompidos por alterações fisiológicas (CORDEIRO, 2005), psíquicas, sociais e espirituais. Para a TO, o olhar direciona-se para a forma que a (in) capacidade, a doença ou a deformidade impacta no desempenho do papel ocupacional (CORDEIRO, 2005).

O Terapeuta Ocupacional preocupa-se com a forma com que os indivíduos organizam-se, de acordo com suas ocupações, no cumprimento desses papéis percebidos, de forma a reforçar a identidade, os valores e as crenças pessoais. Também busca habilitar ou proporcionar uma melhor participação dos indivíduos em papéis, hábitos e rotinas seja em casa, no trabalho ou em qualquer dos diversos cenários existentes na vida dos sujeitos. (AOTA, 2013).

A Lista de Papéis Ocupacionais, traduzida e validada no Brasil por Cordeiro (2005), apresenta “trabalhador” como um papel ocupacional, sendo aquele que é

desempenhado quando o indivíduo tem emprego remunerado de tempo parcial ou integral.

Assim, o trabalho para a terapia ocupacional está inserido como uma das áreas de ocupação humana, que engloba os diferentes tipos de ocupação que um sujeito pode ter (AOTA, 2013).

2. JUSTIFICATIVA

O trabalho ocupa lugar central na vida de muitos sujeitos, sendo um meio de sobrevivência, ao qual se aplica muito tempo (DRUMOND, 2002), porém este mesmo trabalho e suas relações vêm sofrendo mudanças intensas, dentre outros fatores, pela introdução de novas tecnologias, pela globalização e por uma aceleração no modo de produção (LACMAN, 2004), que pode ter consequências para a segurança e saúde dos trabalhadores. Dessa forma a falta de emprego, os trabalhos informais e em más condições tornaram-se cenários comuns e permanentes, o que pode gerar rotação de pessoal e mobilidade no mercado, favorecendo uma relação precária de trabalho que influencia na saúde daqueles que ainda estão empregados, (LACMAN, 2004) levando a altos índices de acidentes de trabalho em praticamente todo o Brasil.

Segundo Lacman (2004) a ação de trabalhar sempre será causa de angustias e sofrimentos, uma vez que impõe desafios externos às pessoas e relações de poder, dentre outros fatores, porém, por outro lado, é uma oportunidade de desenvolvimento psíquico, crescimento pessoal, realização profissional e pessoal (DRUMOND, 2002). Sendo assim, o sofrimento originado pelo trabalho pode ser gerador de prazer e desenvolvimento, porém quando em excesso pode levar ao adoecimento.

De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social de 2012 o Distrito Federal teve um total de 8430 acidentes no ano de 2010, entrando nessa estatística: acidentes com ou sem emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que resultaram em óbito ou não, acidentes típicos, de trajeto e os casos de doenças ocupacionais registrados. Os números divulgados pela Previdência Social, apesar dos esforços para a proteção dos trabalhadores e das políticas de saúde do trabalhador este número teve aumento nos anos seguintes, subindo, em 2011, para 8436 acidentes de trabalho e em 2012 para 8533. O mesmo pode ser notado no estado do Rio de Janeiro, em que nos anos de 2010, 2011 e 2012 ocorreram 48365, 49310 e 51651 acidentes de trabalho respectivamente, e no estado de São Paulo, que em 2011 houve pequeno decréscimo nos números, mas em 2012 houve novo acréscimo: 244714, 250306, 244866 acidentes relacionados ao trabalho, em 2010, 2011 e 2012 respectivamente.

Apesar dos altos índices de acidentes de trabalho nesses anos, sabe-se que existe ainda a subnotificação destes casos, sendo esses números potencialmente maiores do que os registrados.

Este mesmo anuário mostra que, nesses mesmos anos, o total de acidentes envolvendo homens é mais que o dobro daqueles envolvendo mulheres, e que a faixa etária em que mais ocorrem acidentes é dos vinte aos trinta e quatro anos, tanto para pessoas do sexo masculino quanto feminino. Dessa forma essas pessoas passam não mais a contribuir para o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), temporária ou permanentemente, mas sim a receber deste órgão, gerando maiores custos ao Estado.

Quando se fala em acidentes de trabalho os custos gerados não passam apenas pelo financeiro, de modo que para o indivíduo acidentado muitas esferas de sua vida podem ser afetadas, desde sua identidade como trabalhador, pelo afastamento do trabalho, por não estar mais produzindo, ou mesmo suas atividades de vida diária, como o banho, por exemplo, que podem ser limitadas por lesões geradas pelo acidente, podendo levar a modificações de papéis ocupacionais antes desempenhados por esse sujeito.

O interesse pelo assunto surgiu pelo atendimento a trabalhadores acidentados, que relatavam dificuldades extremas em realizar atividades que eram acostumados a desempenhar antes do ocorrido, havendo a necessidade de manutenção destes papéis, o que gerava bastante angústia a eles. A forma como as relações e os ambientes de trabalho estão precarizados propicia para que este evento aconteça com qualquer indivíduo que esteja empregado, necessitando de olhares voltados para a prevenção e para que haja uma melhor qualidade de vida dentro dos trabalhos, locais em que os indivíduos passam grande parte de seu dia e conseqüentemente da sua vida.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

- Identificar modificações no desempenho ocupacional e seus reflexos sobre os papéis ocupacionais desempenhados pelo trabalhador após o acidente de trabalho.

3.2. ESPECÍFICOS

- Compreender de que forma os acidentes de trabalho podem modificar a vida cotidiana dos trabalhadores;
- Relatar, a partir da perspectiva dos trabalhadores, as mudanças em seu projeto de vida depois do acidente.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, feita através do método de estudo de caso sobre o acidente de trabalho e as modificações geradas nos papéis ocupacionais desempenhados pelo trabalhador, sujeito dessa pesquisa.

A pesquisa qualitativa, segundo Gerhardt e Silveira (2009), busca a historicidade do evento, o processo de desenvolvimento do contexto que se está analisando, para Minayo (2001, apud Gerhardt e Silveira, 2009), a pesquisa qualitativa se preocupa com significados, motivos, crenças, valores, atitudes, acerca do objeto pesquisado, o que corresponde uma busca mais profunda das relações sociais.

A amostra é composta de um trabalhador que sofreu acidente, que de acordo com a Lei 8.213, se enquadre como acidente de trabalho, com vínculo com o Instituto Nacional do Seguro Social, selecionado de forma aleatória dentre os acidentados de trabalho atendidos no Hospital Universitário de Brasília pelo serviço de Terapia Ocupacional.

Foram utilizados instrumentos a fim de entender o trabalho deste sujeito, o desempenho das atividades de vida diária e dos papéis ocupacionais, o acidente de trabalho e suas consequências na realização das atividades e dos papéis, dessa forma foram empregados:

- **Roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice A):** elaborado pela pesquisadora com base na Lista de Papéis Ocupacionais traduzida por Cordeiro (2005), que tem o objetivo de coletar informações a respeito dos papéis ocupacionais de uma pessoa, o roteiro apresenta questões abordando dez possíveis papéis ocupacionais desempenhados por este trabalhador antes do acidente de trabalho, sendo eles: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro da família, religioso, passatempo, participante em organizações e ainda a opção outros. Possui questões acerca da importância desses papéis desempenhados, as modificações ocorridas após o acidente e planejamentos futuros de desempenho de outros papéis ocupacionais, com o intuito de entender as mudanças ocorridas em decorrência do acidente de trabalho e as perspectivas deste para o seu futuro.

- **Ficha de Avaliação de Terapia Ocupacional (Anexo I):** Contém uma Anamnese com roteiro proposto pela equipe do Ambulatório contendo dados

ocupacionais, principais queixas, diagnóstico e história do acidente de trabalho para compreender o contexto de vida e determinantes do trabalho.

- **Escala Visual Analógica (EVA) (Anexo II):** neste teste o sujeito aponta a intensidade da dor sentida, podendo variar de 0-10, em que 10 a dor é insuportável e zero é sem dor, acompanhado ilustrações de feições, para auxiliar a no entendimento de sua dor.

- **Escala de Percepção de Corlett (Anexo III):** esta escala oferece uma figura de corpo humano em posição anatômica, apresentando opções em que o sujeito pode assinalar uma ou mais regiões do corpo acometidas, tipo de desconforto sentido (sensação de peso, formigamento, dor contínua ou agulhada), a intensidade do desconforto, e outras questões acerca de problemas físicos.

- **Disfunção de Braço, Ombro e Mão - DASH (Anexo IV):** mede o grau de dificuldade em desempenhar determinadas atividades de vida diária (AVD) que envolvam membros superiores na última semana antes da aplicação do teste, graduando entre nenhuma dificuldade a não conseguir realizar, gerando escore de 1 a 5 respectivamente, de forma que quanto maior a pontuação maior dificuldade em realizar AVD ou maior a gravidade percebida. Este questionário dispõe de três categorias de perguntas, sendo as duas últimas opcionais, pois avaliam o desempenho em esportes e/ou com instrumentos musicais e a última no trabalho, as quais não foram utilizadas na presente pesquisa.

Como procedimentos éticos foram preconizados os termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamentam os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi solicitado ao trabalhador, que se encontrava no hospital para uma consulta, que participasse voluntariamente da entrevista sobre as modificações ocorridas nos papéis que desempenhava após o acidente de trabalho. Após concordância, a entrevista procedeu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), com informações acerca do sigilo dos dados obtidos, omissão de identidade do trabalhador, colaboração voluntária, poder de desistência; e assinatura do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz (Apêndice C). Houve registro de áudio para posterior transcrição e análise dos dados pela pesquisadora

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa “Terapia Ocupacional na Atenção de Alta Complexidade: Humanização, Qualidade de Vida e Ocupação Humana no Hospital”. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), sob o parecer número 845.114.

A coleta de dados ocorreu na sala de Terapia Ocupacional do Hospital Universitário de Brasília, a entrevista foi gravada e posteriormente transcrita integralmente, com o objetivo de compreender as repercussões sociais e as consequências para o sujeito que sofreu o acidente de trabalho.

A análise dos dados foi feita a partir da Análise do Conteúdo, que, segundo Campos (2004), tem por objetivo descobrir os sentidos de um documento. Baseia-se na análise da linguística e na interpretação do sentido das palavras, ou seja, a hermenêutica.

De acordo com Campos (2004) o método de análise do conteúdo passa por três etapas fundamentais, sem uma ordem específica entre si, sendo elas: a fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes, em que há a leitura exaustiva do material coletado; a seleção das unidades de análise, nesta etapa são escolhidos os recortes a serem utilizados, podendo ser sentenças, frases ou parágrafos para análise; e o processo de categorização e sub-categorização divisão dos recortes em categorias, grandes enunciados que possam exprimir significados e elaborações.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se nesta sessão o diagnóstico e o histórico ocupacional do sujeito dessa pesquisa, visando mostrar os reflexos que um acidente de trabalho traz para o indivíduo em todas as esferas de sua vida. Para a compreensão do caso, conforme descrito na metodologia, foi aplicada uma Ficha de Avaliação de Terapia Ocupacional, além da Anamnese proposta pela equipe do Ambulatório. Foram utilizados também os instrumentos padronizados que auxiliaram na avaliação.

O trabalhador que teve o seu caso relatado assinou o termo de consentimento livre e esclarecido concordando com a exposição anônima de sua história.

RELATO DE CASO DO J.L.

J.L., 46 anos, natural de Brasília, escolaridade ensino médio completo, afrodescendente, estado civil união estável, tem um filho já adulto. Relata ter começado a trabalhar com dezesseis anos e aos dezoito entrou para o exército, onde se adaptou muito bem e gostava das atividades realizadas, as quais exigiam força, preparo físico e vigor.

Após quatorze anos saiu do exército e menos de uma semana depois começou a trabalhar como vigilante. Desempenhava a função de segurança de carro forte, como chefe de equipe. Trabalhava há oito anos na empresa no mesmo cargo e as atividades que realizava eram: a) coleta de dinheiro e abastecimento de caixas eletrônicos; b) viagens de avião, em que transportava malas carregadas com moedas. Relata que passava de dez a doze horas por dia no trabalho, chegando várias vezes a ultrapassar esse horário. Caracterizou suas condições de trabalho como desconfortáveis e o local com temperatura muito alta. Como riscos ocupacionais dentro do veículo de carro forte, citou: ruído, vibração, calor, posturas inadequadas, movimentos repetitivos, mobiliário inadequado, grande esforço físico, riscos de capotamento do veículo (acidente, o qual já sofreu em decorrência do trabalho, mas que não gerou sequelas incapacitantes) e agressões por arma de fogo. Por haver o manuseio de dinheiro, configurando-se como um trabalho perigoso, era necessária a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), como colete à prova de balas, botas e armas de fogo.

Em 2008 sofreu uma tentativa de assalto a mão armada, no exercício de sua função, enquanto fazia a segurança de um malote de dinheiro que estava voltando para o

carro forte. J.L. sofreu lesão por arma de fogo, foi atingido por quatro tiros, três no tronco e um no dedo, resultando em trauma medular ao nível da segunda vértebra torácica (T2) (lesão incompleta), pelos fragmentos de um dos projéteis e lesão no segundo dedo de sua mão dominante (direita), no entanto, apresenta movimento ativo de oponência, flexão e extensão, porém rigidez à para flexão da falange média do segundo dedo em últimos graus. Logo após o incidente a empresa abriu o Comunicado de Acidentes de Trabalho (CAT). J.L., encontra-se afastado do trabalho, recebendo benefício B91 (auxílio doença acidentário) pelo INSS.

Sauron (2007) destaca que indivíduos com lesões incompletas são únicos, com acometimentos próprios, não sendo possível padronização de procedimentos para este grupo.

Além dos traumas citados J.L. apresenta ainda, diagnóstico de fibromialgia, de dor neuropática e de dor crônica. Sabe-se que muitas doenças exigem que haja a reorganização do sujeito, tanto de seus aspectos psicológicos, quanto de seus papéis ocupacionais (MELLO *et al.*, 2004). Nesse sentido, Nunes (2008) relata que as dores neuropáticas, ou neurológicas, têm efeitos altamente incapacitantes, assim como a dor crônica, que aparentemente não tem nenhum propósito biológico (ENGEL, 2004), como, por exemplo, de alerta de que há algo não está funcionando de forma adequada, tornando-se desnecessária (SPECIALI E GONÇALVES, 2007).

Atualmente faz tratamento apenas medicamentoso, para dor e para dormir, porém relata que ainda assim tem o sono bastante prejudicado, dormindo no máximo quatro horas por noite e que, por vezes, acaba ficando sonolento durante o dia.

Como consequência do acidente de trabalho J.L. sente muitas dores e cansaço, em decorrência das sequelas e das patologias associadas, descritas anteriormente, de forma que suas atividades foram interrompidas e/ou sofreram modificações importantes.

APRESENTAÇÃO DA ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA

Visando mensurar a intensidade da dor foi aplicada a EVA. A escala foi apresentada ao trabalhador para que classificasse sua dor, durante o movimento e em repouso, a partir de uma variação de 0 (zero), que significa ausência total de dor, a 10 (dez), nível máximo de dor vivenciada pelo indivíduo.

A seguir a **Tabela 1** apresenta os resultados da Escala Visual Analógica, em movimento e em repouso nos braços, mais significativamente em antebraço, coluna, região lombar, e em toda extensão das pernas:

Tabela 1: Apresentação dos resultados do teste Escala Visual Analógica, EVA, do trabalhador acidentado.

Local	Dor em Movimento	Dor em Repouso	Cansaço
Braços	10	09	-
Coluna	09	06	-
Pernas	07	06	10

Fonte: autora.

É possível perceber que as dores aumentam à movimentação, porém o desconforto nos membros superiores foi classificado como insuportável independente desta. Vale ressaltar que em nenhum momento J.L. classificou sua dor como de baixa intensidade ou não presente, mostrando-se contínua.

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE CORLETT

No Questionário de Percepção de Corlett o trabalhador relatou sentir dor e queimação de forte intensidade na região da coluna e na região dos antebraços. Também apresenta desconforto na lateral do tronco. Na região das coxas direita e esquerda e nas panturrilhas refere dor e formigamento de intensidade moderada. Queixa-se ainda de hipersensibilidade nos antebraços, característica de dor neuropática.

De acordo com Brahim *et al.* (2003) a dor nas lesões parciais podem permanecer durante todo o processo de regeneração, apresentando-se com diferentes características, podendo vir em forma de queimação, dor latejante, entre outras.

APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DISFUNÇÃO DE BRAÇO, OMBRO E MÃO (DASH)

Obteve-se como cálculo total dos escores do DASH o valor segundo a fórmula:

ESCORE DASH= Soma dos valores das primeiras 30 questões – 30 / 1,2

ESCORE DASH = 73 – 30 / 1,2

ESCORE DASH = 35,8

Cheng (2006) coloca que a pontuação total deste instrumento varia de 0 (zero) a 100 (cem), em que o escore mais próximo do zero classifica o sujeito com total funcionalidade e do 100 com disfunção severa

Com base nas respostas do trabalhador, constatou-se que este possui nível baixo para médio de dificuldades no desempenho das atividades físicas devido ao seu acometimento, médio impacto da condição patológica nas atividades sociais, sono e auto-imagem, e apresenta gravidade alta com relação a sintomas como dores, parestesias, fraqueza e rigidez.

Percebeu-se que o trabalhador não consegue desempenhar atividades recreativas que exijam esforço/impacto ou que necessitavam de livre movimento dos braços.

Também relatou que possui dificuldades moderadas no desempenho das atividades cotidianas em geral, como as atividades de vida diária básicas relativas ao autocuidado. Apresentou também limitações moderadas para realizar atividades instrumentais da vida diária (AIVD) domésticas de limpeza, nas atividades sexuais, no preparo de refeições e para transportar-se de um lugar para o outro, quando o meio utilizado é o transporte público, ônibus ou metrô.

Ainda com base no DASH, notou-se que a dor, resultante do acidente de trabalho, limitou medianamente as atividades sociais de J.L, mas que, no geral, suas atividades de vida diária foram muito limitadas. Engel (2002) ressalta que a presença da dor pode afetar a realização das atividades de vida diária, rompendo com o desempenho de suas funções, ou mesmo papéis ocupacionais.

As áreas mais afetadas estão ligadas ao sono e à autoimagem e apareceu na fala do trabalhador quando mencionou que se sente menos capaz, menos útil e menos confiante por causa de seu problema.

Rice e Luster (2005) ressaltam que após a ocorrência de uma lesão traumática, como no caso de J.L., o indivíduo pode ter alterada sua percepção de identidade pessoal, modificando, assim, a forma como percebe sua autoimagem. Quanto à área do ligada ao sono Orlandi *at al.* (2012) em uma pesquisa com oitenta pacientes diagnosticados com

fibromialgia, perceberam que todos tinham ciclo de sono irregular e sofriam com fadiga durante o dia, os resultados do estudo evidenciam que a melhora na qualidade do sono levaram a diminuição nos resultados do EVA com relação à dor, mostrando que a precarização do sono piora a percepção da dor.

Apesar da pontuação atingida não ser muito alta e de conseguir realizar parte de suas atividades, percebe-se que este trabalhador apresenta dificuldades e limitações em seu desempenho, apresentando comprometimento da funcionalidade.

APRESENTAÇÃO DA ENTREVISTA

Com base na entrevista foi possível compreender possíveis papéis ocupacionais desempenhados por este trabalhador antes do acidente de trabalho e os reflexos e modificações em sua rotina após o acidente. A **Tabela 2** apresenta os principais papéis ocupacionais mencionados pelo trabalhador, os exemplos de suas falas e suas impressões antes do acidente de trabalho.

Tabela 2. Descrição dos papéis ocupacionais mais desempenhados pelo trabalhador antes do acidente x impressões pessoais.

Papéis ocupacionais (antes do acidente)		Fala do trabalhador
Trabalhador	Papel mais desempenhado, sendo que, por vezes, chegava a trabalhar dezoito horas sem retornar para casa. Quando indagado sobre quais outros papéis desempenhava antes do assalto.	<i>"Muita importância, por que eu gostava, né, de trabalhar eu gostava"</i>
Cuidador	Com relação a este papel J.L. relata que cuidava de seu filho e de sua mãe, mas que o trabalho atrapalhava neste quesito, pois se ausentava muito, mas sente que a importância deste papel é muito grande.	<i>"A gente entrava quatro horas da manhã e saía meia noite, uma hora do serviço e tava no outro dia quatro horas da manhã, então chegava em casa, só olhava, nem olhava pro menino, tava todo mundo dormindo, tinha que voltar de novo, entendeu?"</i>
Serviços domésticos	Relata que quando podia ajudava a esposa nos afazeres domésticos, quando indagado quanto à importância deste	<i>"A importância é essencial, por que limpeza numa casa é o mais essencial que tem, né?"</i>

	papel.	
Amigo	Nunca teve muitos amigos, porém apesar de não gostar de pedir favores, acredita que é muito importante.	<i>“Eu sempre levei muito, esse papel... mesmo nas forças armadas, muito a sério de amizade, de... socorrer uma pessoa que ta em alguma dificuldade.”</i>
Membro da família	Como o convívio com os irmãos não é grande, suas falas sobre a família são atreladas à esposa, ao filho e à mãe.	<i>“Muita importância, por que meu filho, é... filho é... em primeiro lugar na sua vida, né?”</i>
Passatempo	Relata que não costumava realizar muitas atividades como passatempo, mas que gostava de musculação, porém a importância atribuída a esse papel está ligada às sequelas do acidente e não por ser uma atividade prazerosa.	<i>“Foi muito importante, por que se não eu taria afastado há mais tempo, né?”</i>

Como Ramos *et al.* (2010) explicitam, o trabalho pode ser um ponto central e principal organizador na vida dos indivíduos, conferindo ao trabalhador status social, a falta de emprego é correlacionada, por vezes, a falha, fracasso e exclusão, muitas vezes pelo sofrimento do sujeito ser invisível há preconceitos e dúvidas acerca de sua veracidade, configurando-se como mais uma fonte de angústia.

“[...] Trabalhador. É mesmo trabalhador, trabalha dezessete horas, às vezes até dezoito horas por dia [...]”.

“[...] Por que eu, às vezes, colocava o serviço muito à frente da vida social, da saúde, muitas vezes [...]”.

Percebeu-se que este papel tinha uma grande importância em sua vida, por ser o que mais desempenhava em seu cotidiano antes do acidente de trabalho.

A dor crônica, neste caso gerada pelo acidente de trabalho, pode ocasionar isolamento social, estresse pessoal e familiar, sintomas emocionais, resultando em incapacidade para o trabalho (SPECIALI E GONÇALVES, 2007) e em alterações no

desempenho ocupacional das atividades diárias do indivíduo (MELLO *et al*, 2004), interferindo, na qualidade de vida deste sujeito (RADOMSKI, 2005) e, desta forma, em seus papéis ocupacionais, levando à disfunção ocupacional, que é caracterizada pela inabilidade temporária ou crônica para o desempenho de papéis, relações e/ou ocupações importantes para o indivíduo (HAGENDORN, 2003; LAW, 2005)

Com relação às principais alterações encontradas na vida de J.L. e o desempenho dos papéis ocupacionais anteriormente mencionados, o trabalhador relatou que sente falta da função que desempenhava no trabalho antes do acidente, já que o papel de trabalhador, o de provedor, não é mais desempenhado, pois atualmente fica em casa sozinho, enquanto sua esposa sai para trabalhar. Relatou que sente falta do emprego, de ser ativo e dos ganhos secundários advindos do trabalho que realizava, como, por exemplo, viagens e conhecer pessoas.

De acordo com Lancman (2004) o trabalho dá ao indivíduo uma identidade e um sentimento de pertinência a um grupo. No caso de J.L., percebe-se que houve reflexos no que diz respeito ao seu pertencimento social, visto que anteriormente fazia parte de uma classe trabalhadora e hoje está inserido em um grupo de pessoas acidentadas e afastadas do trabalho, possivelmente grupo este com o qual ele não se identifica, o que o faz sentir falta de um reconhecimento social.

J.L. identificou-se como uma pessoa independente, que não gostava de pedir favores e ajuda a ninguém, porém, por certo tempo após o acidente, ficou acamado e sem movimento nos membros inferiores, necessitando de auxílio para atividades básicas, que antes desempenhava sem qualquer dificuldade. A inversão de papéis de cuidador para pessoa que se torna foco do cuidado, trouxe grandes constrangimentos para o trabalhador.

“[...] As modificações foram muitas, né? Por que eu tive que ficar acamado, necessitando às vezes de ajuda, por pouco tempo, mas eu sentia que não era muito bom. E eu sempre fui uma pessoa muito... tipo individual, né? Eu não gosto de ta pedindo coisas pra outra pessoas [...]”

Ramos *et al*. (2010) identificaram em uma pesquisa com dez trabalhadoras da indústria calçadista afastadas por adoecimento relacionado ao emprego que: em todas elas havia sofrimento decorrente de sentimentos de impotência, improdutividade,

dependência de outras pessoas e por não serem mais reconhecidas como seres produtivos na sociedade.

Quanto aos serviços domésticos J.L. relatou que ajuda em casa, sai com o cachorro, mas que algumas atividades ele não consegue realizar, em decorrência da dor e do cansaço que o incapacitam, principalmente atividades mais vigorosas e que exigem muita movimentação.

“[...] Você quer desempenhar alguma coisa e tem alguma coisa te ferindo, né? Então é muito ruim [...]”.

Segundo Nunes (2008), a fadiga interfere na motivação, podendo haver diminuição desta, na atenção e na percepção, fato que afeta a participação do indivíduo em todas as dimensões de sua vida.

Alencar e Terada (2012), em uma pesquisa com oito trabalhadores afastados por dores lombares, com relação às questões sobre as dores e as modificações no cotidiano de vida, oitenta e sete e meio por cento, responderam que a dor teve reflexos negativos nos afazeres domésticos, fazendo com que deixassem de realizar grande parte das tarefas.

O papel de amigo que, segundo o próprio trabalhador, levava muito a sério sofreu grandes modificações, pois sua vida social passou a restringir-se basicamente a sua esposa, que foi quem realmente o acolheu, já que os amigos se distanciaram, de forma que as cargas emocional, física e social tiveram que ser divididas apenas entre J.L. e a companheira.

“[...] A família mesmo que fica, que te acolhe, né? Por que igual eu te falei, amigo mesmo, eles desaparecem... com os colegas, que você não pode contar com amigo, é colega, né? [...]”.

Langford *et al.* (1997) colocam que as redes de apoio oferecem entre si auxílio de proteção, mas para que essas redes de apoio continuem e se mantenham é necessário existir a reciprocidade, ou seja, a medida em que os recursos e apoios são tanto dados, quanto recebidos, situação que, provavelmente, J.L. não identificou em sua história, uma vez que relatou ajudar sempre que podia, e quando precisou não haviam muitas pessoas com quem pudesse contar. Os mesmos autores associam que este suporte social

ajuda a manter um sentimento de estabilidade, auto-estima, diminuem a ansiedade e a depressão, fazendo bem psicológico para os indivíduos.

O distanciamento da rede de apoio social, como os amigos, possivelmente ao início rápido de doenças ou acidentes traumáticos, não permitindo a preparação psicológica desses indivíduos e dessa forma, a organização para o enfrentamento da doença conjuntamente com quem foi acometido (SOLET, 2005).

O desempenho de atividades de passatempo também foi modificado, uma vez que J.L. não consegue realizar ações que demandam muito esforço, de forma que teve que trocar a musculação por hobbies que não exigissem força, como assistir televisão, o que resultou em ganho de peso e mais uma vez isolamento social, sem convívio com outras pessoas.

“[...] Quase não saio de casa, não faço mais musculação, a dor não deixa [...]”.

O lazer pode ser considerado como “*a versão adulta da diversão*” (HANSON E JONES, 2005, p. 746), muito influenciadas pelo ambiente e pelas capacidades e limitações dos indivíduos (KNOX, 2002). Por vezes essas atividades não são vistas como imprescindíveis, ou mesmo importantes na vida das pessoas, porém o equilíbrio entre as atividades de trabalho e lazer deve existir para promoção da saúde mental e física dos indivíduos. Outras importâncias desse tipo de atividade podem ser citadas, como: uso do tempo livre de maneira significativa, melhora nas habilidades sociais, aumento dos componentes físico, facilitação de componentes emocionais e cognitivos (HANSON E JONES, 2005).

Percebe-se pela fala do trabalhador que o papel de membro da família era desempenhado principalmente na forma de filho, pai e marido. Os dois primeiros não pareceram ter sido muito modificados em decorrência do acidente sofrido, porém o papel de marido aparentou ter sofrido consequências. J.L. relatou que quem cuidou dele quando esteve hospitalizado foi sua esposa, inclusive na hora do banho e quando precisava ir ao banheiro. Talvez por ter sido uma das únicas pessoas com quem pôde contar, o trabalhador menciona sua mulher como “*maravilhosa*” (*sic*). Relatou que não tem reclamações sobre sua mulher, pois ela sempre esteve por perto quando ele precisou. Não mencionou nenhuma mudança em seu relacionamento, porém nas atividades de vida diária apontadas no instrumento DASH, como citado anteriormente,

sentiu dificuldade na relação sexual, pois apresenta dor ao toque e fadiga, fato que provavelmente pode ter influenciado na convivência do casal.

Alencar e Terada (2012) relatam que alguns de seus pacientes, assim como J.L., referiam dores com relação ao ato sexual, que, ainda de acordo com esses autores, é passível de gerar desconforto e talvez sofrimento, fato que pode também refletir em desinteresse pela relação sexual, levando aos conflitos (pessoais e talvez familiares) relacionados ao papel de marido e homem, ligados culturalmente a masculinidade e a sexualidade.

Os relatos de J.L. demonstraram que ele não faz muitos planos para o futuro, porém pretende conseguir sua aposentadoria pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), uma vez que não se sente em condições físicas de voltar a trabalhar e realizar a mesma função. Não se vê também desempenhando outras atividades que não as anteriormente praticadas. Apesar de não fazer parte da fala do trabalhador, há a possibilidade de este, não possuir condições emocionais e/ou psicológicas para o retorno ao trabalho, visto que já faz quase seis anos que se encontra afastado e a empresa não mantém contato ou vínculo algum com J.L.

Todos os trabalhadores entrevistados por Alencar e Terada (2012), relataram incapacidade de realizar tarefas que anteriormente realizavam, especialmente com relação às atividades e diversas exigências no trabalho, tanto física quanto psicológicas. Ramos, Tittoni e Nardi (2008) ressaltam que a situação de afastamento do trabalho impõe uma modificação e assim, revisão do modo de vida desses trabalhadores, desestabilizando-os e movimentando-os, de forma que depois de seis anos, o retorno ao trabalho forçaria J.L. a novas modificações e adaptações, além de ter que enfrentar aqueles que, de acordo com o próprio trabalhador, duvidam de suas dores e, dessa forma, de sua incapacidade e necessidade de afastamento.

Os mesmos autores citados acima trazem que:

“O rompimento pelo adoecimento traz a necessidade de aprender a conviver com a dor, a dor física e a dor psicológica, [...] o “não posso mais”, ao sentir-se inútil e, ao mesmo tempo, à acusação de “simulação” (os trabalhadores sentem-se discriminados nas perícias e consultas, pelos colegas e chefias, pelos familiares e amigos).” (RAMOS, TITTONI E NARDI, 2008, p. 217).

Ainda sobre os planejamentos futuros o trabalhador demonstrou interesse em voltar a cuidar de sua mãe, que é idosa e ainda trabalha como empregada doméstica, porém não sente que poderia dar um apoio integral a ela e com assiduidade, pois além das dores que o incomodam o tempo todo, por vezes os remédios o deixam sonolento, não se sentindo capaz para voltar a ser seu cuidador.

“[...] *É não, acho que de cuidar, assim, com assiduidade não, por que às vezes esses remédios deixam muito mole [...]*”.

Outro desejo elencado por J.L. foi o de voltar a estudar, e se formar em mecânica, uma área que sempre se interessou e que a seu ver gostaria muito de trabalhar, mas por outro lado, novamente não acha que teria condições de realizar tal desejo, pois suas dores contínuas o incomodam muito, incapacitando-o de conseguir realizar tal desejo.

A seguir a **Tabela 3** apresenta em resumo as modificações no desempenho dos papéis ocupacionais apontadas pelo trabalhador entre o passado e o presente e suas perspectivas futuras.

Tabela 3. Comparação entre os papéis ocupacionais desempenhados no passado, no presente e as perspectivas futuras do trabalhador acidentado.

Possíveis papéis desempenhados	Passado	Presente	Novas Perspectivas para o Futuro
Estudante	-	-	X
Trabalhador	X	-	-
Voluntário	-	-	-
Cuidador	X	-	X
Serviço Doméstico	X	X	-
Amigo	X	-	-
Membro da Família	X	X	-
Religioso	-	-	-
Passatempo	X	X	-
Participante em organizações	-	-	-
Outros: Aposentado	-	-	X

Fonte: Autora.

Percebeu-se que há a perda de papéis anteriormente desempenhados, havendo mudanças no *continuum* de seus papéis ocupacionais da mesma forma que Rebellato (2012) concluiu em sua pesquisa sobre idosos.

Mesmo havendo interesse em novos papéis e novas atividades, estas somam menor número que os papéis realizados no passado, corroborando com os achados de Cruz *at al.* (2014), que, em uma pesquisa com trinta e quatro indivíduos que sofreram lesões neurológicas (no caso Acidente Vascular Encefálico), identificaram que os papéis desempenhados no passado destes sujeitos eram em maior número absoluto do que os que realizavam no presente e os que pretendiam desempenhar futuramente. Há também o fato de existirem apenas três desejos de novas realizações no futuro, porém percebe-se, pela fala do trabalhador, que o planejamento e as estratégias para alcançá-las, a não ser o desejo de aposentadoria, não estão sendo trabalhadas, justamente por que J.L. sente-se incapaz de realizar as demandas exigidas por essas novas atividades.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As sequelas existentes dos acidentes de trabalho interferem na vida dos sujeitos acidentados de diversas formas, provocando modificações na organização do modo de vida, nas capacidades de desempenho das mais diversas atividades realizadas em seu cotidiano e alterações da auto-imagem do trabalhador e na forma como a família e a sociedade o veem.

Ressalta-se que o contexto no qual o indivíduo está inserido pode modificar as experiências vividas, devendo o terapeuta ocupacional levá-lo em consideração tanto nos momentos de avaliação desse sujeito, quanto no processo terapêutico para que a intervenção seja efetiva.

A pesquisa demonstrou, dessa forma, que os acidentes de trabalho alteram o desempenho e o planejamento de novos papéis ocupacionais na vida desses sujeitos, tendo reflexos negativos nas diferentes dimensões e esferas que fazem parte de sua existência, alcançando os objetivos previamente elencados, porém, entende-se a necessidade de maiores estudos acerca dos acidentes de trabalho e seus impactos na vida diária dos sujeitos para que este assunto ganhe cada vez mais visibilidade.

Outra limitação a ser citada é o fato de o trabalhador ser poliqueixoso, e ter seu adoecimento como projeto de vida, o que reflete nas suas perspectivas para o futuro e possivelmente na forma como experiencia e percebe sua vida cotidiana.

Tendo em vista esses fatores citados, é necessário que haja o cumprimento das normas e leis, de forma que ocorra uma melhor organização dos locais de trabalho e das formas de produção para que não sejam favoráveis a adoecimentos e acidentes de trabalho, a fim de evitar todos os adventos que podem acompanhar estas situações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, M. C. B.; TERADA, T. M. O afastamento do trabalho por afecções lombares: repercussões no cotidiano de vida dos sujeitos. **Revista de Terapia Ocupacional**. Universidade de São Paulo, v. 23, n. 1, p. 44-51, jan./abr. 2012.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. **Occupational Therapy Practice Framework: Domain And Process**. Outubro, 2013.

ASSUNÇÃO A. A. e LIMA, C. R (org). Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde: **Caderno de Textos** -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

BRAHIM et al. Clínica médica e fisioterapêutica nas neuropatias traumáticas. 2003. Disponível em <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuropatia.htm>

BRASIL. Casa Civil. **Lei Número 8.213**. Planos de Benefícios da Previdência Social. Julho, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Programa de formação em saúde do trabalhador**. - 1. Ed. Brasília. Ministério da Saúde: 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html acesso em 06/11/2013.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF) set/out;57(5):611-4, 2004.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). RENAST ONLINE. Fev-2013. <acesso em 07/11/2013.>

CHENG, H. M. S. Disabilities of the arm, shoulder and hand – Dash: análise da estrutura fatorial da versão adaptada para o português. Belo Horizonte, 2006.

CORDEIRO, J. J. R. Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil. São Paulo, 2005.

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; FILHO, J. M. J.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

CRUZ D. M. C., VASCONCELOS, F. E. O., CARO, C. C., SILVA, N. S., LYMPIUS, J. Entre perdas e ganhos: os papéis ocupacionais de pessoas pós- acidente vascular encefálico. **Revista FSA**, Teresina, v. 11, n. 2, art. 18, p. 329-349, abr./jun. 2014

DIAS, E. C.; RIGOTTO, R. M; AUGUSTO, L. G. S.; CANCIO, J.; HOEFEL, M. G. L. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):2061-2070, 2009.

DIAS, E; HOEFEL, M. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENA S T. **Ciência e Saúde coletiva**, 10(4);817-828, 2005

DIAS, E; SILVA, T. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Revista brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 38 (127): 31-43, 2013.

DRUMOND, V., A., T. O Princípio da Integração do Trabalhador na Empresa no Sistema Jurídico-Constitucional Brasileiro. Dissertação (Mestrado). **Faculdade Mineira de Direito da Puc-MG**, 2002.

ENGEL, J. M. Tratamento para componentes psicossociais: controle da dor. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Orgs.). Willard, Spackman. **Terapia Ocupacional**. 9. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, p. 422-426, 2002.

ENGEL, J. M. Controle da dor. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional: Capacidades práticas para as disfunções físicas**. 5. ed. São Paulo: **Roca**, 2005. p. 518-525.

HAGENDORN, R. Introdução a filosofia, princípios e prática. In.:Hagendorn, R. **Fundamentos para a prática em Terapia Ocupacional**. São Paulo. Roca, 2003 p. 3-9.

HANSON, C. E JONES, D. Restauração da competência na atividade de lazer. In.: Trombly, C. A., Radomski, M. V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. **Livraria Santos Editora Ltda**, 2005, p.745-759.

KNOX, S. H. Tratamento através do lazer e da brincadeira. In.: Neistadt, M. E. e Crepeau, E. B. Willard & Spackman **Terapia Ocupacional**. **Editora Guanabara Koogan S.A**, p. 356-361, 2002.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4):757-766.

LANCMAN, S. Construção de Novas Teorias e Práticas em Terapia Ocupacional, Saúde e Trabalho. In: Lancman, S. **Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional**. São Paulo. 1ª Ed: Roca, 2004.

LANGFORD et al. Social Support:a conceptual analysis. **Journal of advanced nursing**, 25, 95-100, 1997.

LAW, M. Avaliando papéis e competências. In.: Trombly, C. A., Radomski, M. V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. **Livraria Santos Editora Ltda**, 2005, p. 31-45.

MACHADO, J; ASSUNÇÃO, A (org). **Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde**. – Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.

MEDEIROS, M. A. T.; SALERNO, V. L.; SILVESTRE, M. P.; MAGALHÃES, L. V. Política de Saúde do Trabalhador: revisitando o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 38 (127): 81-91, 2013.

MELLO, M. A. F. et al. Processo avaliativo em Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: **Roca**, 2004. p. 74-98.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.

Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social – Brasília: **MPS/DATAPREV**, 2012.

NUNES, C.M.P. A terapia ocupacional e as disfunções neurológicas da idade adulta e da velhice- CIF em casos clínicos. In.: Drummond, A.F. e Rezende, M.B (org). Intervenções da Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: **Editora UFMG**, 2008.

Orlandi A. C., Ventura, C., Gallinaro, A. L., Costa, R. A.; Lage, L. V. Melhora da dor, do cansaço e da qualidade subjetiva do sono por meio de orientações de higiene do sono em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, vol.52 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2012.

RADOMSKI, M.V. Avaliando o contexto: pessoal, social, e cultural. In.: Trombly, C. A., Radomski, M. V. Terapia Ocupacional para disfunções físicas. **Livraria Santos Editora Ltda**, , p. 213-233, 2005.

RAMOS, M. Z., TITTONI, J. e NARDI, H. C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2008, vol. 11, n. 2, pp. 209-221.

RAMOS, M. Z., BIANCHESSI, D. L. C., MERLO, A. A. R. C., POERSCH, A. L., VEECK, C., HEISLER, S. Z. E VIEIRA, J. A. Trabalho, adoecimento e histórias de vida em trabalhadoras da indústria calçadista. **Estudos de Psicologia**, 15(2), Maio - Agosto/2010, 207-215.

REBELLATO, C. Relações entre papéis ocupacionais e qualidade de vida em idosos independentes, residentes na comunidade: um estudo seccional. São Carlos. **UFSCAR**, 2012.

REVISTA PROTEÇÃO. **Anuário Brasileiro de Proteção 2014**, 2014. Disponível em: <http://www.protecao.com.br/materias/anuario_brasileiro_de_p_r_o_t_e_c_a_o_2014/brasil/A5jjJj> Acesso em: 15/11/2014

RICE, V. e LUSTER, S. Restauração da competência no papel de trabalhador. In.: Trombly, C. A., Radomski, M. V. Terapia Ocupacional para disfunções físicas. **Livraria Santos Editora Ltda**, p. 715-744, 2005.

SANTANA, V., NOBRE, L. E WALDVOGEL, B. C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciênc. saúde coletiva** vol.10 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2005

SAURON, F. N. Lesões da medula espinhal. In.: Cavalcanti, A. e Galvão, C. Terapia Ocupacional: fundamentação para a prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 204-215, 2007.

SOLET, J. M. Otimização da adaptação pessoal e social. In.: Trombly, C. A., Radomski, M. V. Terapia Ocupacional para disfunções físicas. **Livraria Santos Editora Ltda**, p. 745-755, 2005.

SPECIALI, J. G.; GONÇALVES, D. A. G. Classificação, Fisiopatologia e Epidemiologia da Dor. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: **Roca**, 2007. p. 27-61.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; MENDES, T. T.; RODRIGUES, D. S.; BRAVO, E. S.; SIMONELLI, A. P. Agir articulado entre atenção, reabilitação e prevenção em saúde do trabalhador: a experiência do CEREST- Piracicaba. **Revista Rede de Estudos do Trabalho**, Ano V, Número, 2011.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A: Entrevista papéis ocupacionais e acidente de trabalho

Nome:

Idade:

Ocupação Anterior:

Ocupação Atual:

Há quantos anos sofreu o acidente:

1. Antes do acidente de trabalho quais papéis você costumava desempenhar e qual sua importância para você?

Papéis	Importância		
	Nenhuma	Pouca	Muita Importância
Estudante			
Trabalhador			
Voluntário			
Cuidador			
Serviço Doméstico			
Amigo			
Membro da Família			
Religioso			
Passatempo			
Participante em organizações			
Outros:			

2. Descreva quais papéis sofreram modificações no seu cotidiano e de que forma.

3. Há algum papel que você não desempenhe hoje, mas planeja desempenhá-lo no futuro? Qual?

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE Paciente Adulto

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto **Terapia Ocupacional na Atenção de Alta Complexidade: Humanização, Qualidade de Vida e Ocupação Humana no Hospital**. O objetivo desta pesquisa é obter um perfil das dificuldades dos pacientes que são acompanhados e atendidos nas enfermarias e ambulatórios do Hospital Universitário de Brasília para fornecer orientações e recursos para que estes pacientes possam lidar melhor com as situações decorrentes do tratamento, favorecendo sua independência e qualidade de vida. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário, com encaminhamentos posteriores que podem incluir atendimentos em grupo ou sessões individuais onde o(a) senhor(a) receberá orientações sobre a doença, recursos de tecnologia assistiva, como adaptações para utensílios de casa, talas para repouso das mãos ou prescrição de exercícios. Todos os procedimentos serão realizados na data combinada com um tempo estimado para sua realização de aproximadamente 1 hora. Serão utilizadas informações que constam em seu prontuário médico como forma de contextualização e detalhamento da história de sua doença e dos tratamentos que o(a) senhor(a) já realizou ou realiza atualmente, para auxiliar o atendimento prestado.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a participar de qualquer procedimento ou responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração, **e há a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.**

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof. Pedro Almeida, da Divisão de Terapia Ocupacional do Hospital Universitário de Brasília, telefone: (61) 3448-5489 ou (61) 8337-9000, de segunda a sexta, das 8h as 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Brasília, ___ de _____ de _____

APÊNDICE C: Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado Terapia Ocupacional na Atenção de Alta Complexidade: Humanização, Qualidade de Vida e Ocupação Humana no Hospital, sob responsabilidade de Prof. Pedro Almeida vinculado(a) ao/à Faculdade de Ceilândia –FCE/UnB.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise dos dados de desempenho dos papéis ocupacionais após acidentes de trabalho, bem como para fins de atividades acadêmicas como trabalho de conclusão de curso.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ___ de _____ de _____

8. ANEXOS

Anexo I- Ficha de Avaliação de Terapia Ocupacional

Nome:		Idade:	Prontuário:
Tempo de Diagnóstico:		Telefone:	Data da Avaliação:
Escolaridade:		Filhos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quantos?	
Residência (Cidade):			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)			
Dados da Vida Ocupacional			
Ocupação: _____			
Dirige: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Situação Empregatória: <input type="checkbox"/> Trabalhando <input type="checkbox"/> Desempregado com benefício <input type="checkbox"/> Desempregado sem benefício <input type="checkbox"/> Aposentado por tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Aposentado por Invalidez <input type="checkbox"/> Afastado sem benefício <input type="checkbox"/> Afastado com benefício () B-31 () B-91 <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Outros:			
Você já esteve afastado por LER/Dort, Acidente de Trabalho ou Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Setor onde Trabalha _____		Cargo _____	
Há quanto tempo trabalha na empresa? _____			
Há quanto tempo trabalha nesta função? _____			
Mudou alguma vez de função? _____			
Entendimento da atividade e histórico ocupacional (Verso)			
Dados Clínicos			
Diagnóstico Médico / Serviço de Atendimento:			
Está fazendo algum tipo de tratamento? Qual o médico que o atende atualmente?			
Principais Queixas (Dor, limitações de movimento, etc):			
Exame Físico			
(inspeção – pele deformidades, atrofia, edema; mobilidade; tônus; força de supra e infraespinhoso, subescapular, testes especiais, cotovelo e antebraço, mão e punho)			
Testes	Movimentos que realiza com dificuldades (restrição postural ou esforço físico).	Observações:	

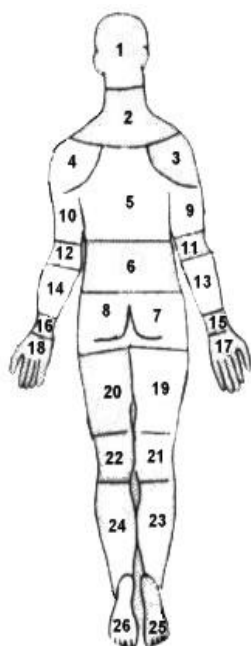
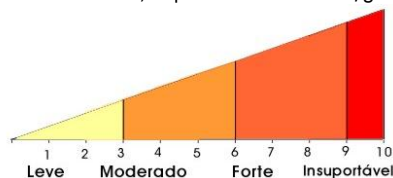
ANEXO II: Escala Visual Analógica



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

ANEXO III: Escala de Percepção de Corlett

Assinale na figura abaixo seu tipo de desconforto (do tipo sensação de peso no corpo, formigamento, dor contínua, agulhada/pontada), marcando com um x no número da(s) região(es) assinalada(s), além do tipo de desconforto, o quanto ele incomoda/grau de intensidade:



REGIÃO	TIPO DE DESCONFORTO				GRAU DE INTENSIDADE			
	Peso	Formiga- mento	Agu- lhada	Dor	Leve	Moderado	Forte	Insupor- tável
01 – Cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
02 – Pescoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
03 – Ombro Direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
04 – Ombro Esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
05 – Coluna Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
06 – Coluna Baixa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
07 – Nádega Direita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
08 – Nádega Esq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
09 – Braço Direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10 – Braço Esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11 – Cotovelo Dir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12 – Cotovelo Esq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13 – Antebraço Dir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14 – Antebraço Esq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15 – Punho Direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16 – Punho Esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17 – Mão Direita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18 – Mão Esquerda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19 – Coxa Direita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20 – Coxa Esquerda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21 – Joelho Direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

	22 – Joelho Esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	23 – Perna Direita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	24 – Perna Esquerda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	25 – Pé Direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	26 – Pé Esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Há quanto tempo sente esse desconforto? Até 6 meses + de 6 meses até 1 ano + de 1 ano

Você procurou algum serviço de saúde logo que iniciou este(s) desconforto(s)? Sim Não

Você relaciona o seu desconforto com: Atividade fora do trabalho Atividade no trabalho

Seu desconforto é maior do início, meio ou final da jornada de trabalho? _____

Em seu trabalho existem pessoas com o desconforto semelhante ao seu? Sim Não

Das atividades que você realiza no trabalho, qual a que mais contribuiu para esse(s) desconforto(s)?

ANEXO IV: Teste de Disfunções do braço, ombro e mão (DASH)

Disfunções do braço, ombro e mão (DASH)

Meça a sua habilidade de fazer as seguintes atividades na semana passada circulando a resposta apropriada abaixo:

	Não houve dificuldade	Houve pouca dificuldade	Houve dificuldade média	Houve muita dificuldade	Não conseguiu fazer
1. Abrir um vidro novo ou com a tampa muito apertada.	1	2	3	4	5
2. Escrever.	1	2	3	4	5
3. Virar uma chave.	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição.	1	2	3	4	5
5. Abrir uma porta pesada.	1	2	3	4	5
6. Colocar algo em uma prateleira acima de sua cabeça.	1	2	3	4	5
7. Fazer tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
8. Fazer trabalho de jardinagem.	1	2	3	4	5
9. Arrumar a cama.	1	2	3	4	5
10. Carregar uma sacola ou uma maleta.	1	2	3	4	5
11. Carregar um objeto pesado (mais de 5 kg).	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça.	1	2	3	4	5
13. Lavar ou secar o cabelo.	1	2	3	4	5
14. Lavar suas costas.	1	2	3	4	5
15. Vestir uma blusa fechada.	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
17. Atividades recreativas que exigem pouco esforço (por exemplo: jogar cartas, tricotar).	1	2	3	4	5
18. Atividades recreativas que exigem força ou impacto nos braços, ombros ou mãos (por exemplo: jogar vôlei, martelar).	1	2	3	4	5
19. Atividades recreativas nas quais você move seu braço livremente (como pescar, jogar peteca).	1	2	3	4	5

20. Transportar-se de um lugar a outro (ir de um lugar a outro).	1	2	3	4	5
21. Atividades sexuais.	1	2	3	4	5

	Não afetou	Afetou pouco	Afetou medianamente	Afetou muito	Afetou extremamente
22. Na semana passada, em que ponto o seu problema com braço, ombro ou mão afetaram suas atividades normais com família, amigos, vizinhos ou colegas?	1	2	3	4	5
	Não limitou	Limitou pouco	Limitou medianamente	Limitou muito	Não consegui fazer
23. Durante a semana passada, o seu trabalho ou atividades diárias normais foram limitadas devido ao seu problema com braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
Meça a gravidade dos seguintes sintomas na semana passada.	Nenhum	Pouca	Mediana	Muita	Extrema
24. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão quando você fazia atividades específicas.	1	2	3	4	5
26. Desconforto na pele (alfinetadas) no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
27. Fraqueza no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
28. Dificuldade em mover braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

	Não houve dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade	Tão difícil que você não pode dormir
29. Durante a semana passada, qual a dificuldade você teve para dormir por causa da dor no seu braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
30. Eu me sinto menos capaz, menos confiante e menos útil por causa do meu problema com braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

As questões que seguem são a respeito do impacto causado no braço, ombro ou mão quando você toca um instrumento musical, pratica esporte ou ambos. Se você toca mais de um instrumento, pratica mais de um esporte ou ambos, por favor, responda com relação ao que é mais importante para você. Por favor, indique o esporte ou instrumento que é mais importante para você: _____

() Eu não toco instrumentos ou pratico esportes (você pode pular essa parte)

Por favor circule o número que melhor descreve sua habilidade física na semana passada. Você teve alguma dificuldade para:

	Fácil	Pouco difícil	Dificuldade média	Muito difícil	Não conseguiu fazer
1. Uso de sua técnica habitual para tocar instrumento ou praticar esporte?	1	2	3	4	5
2. Tocar o instrumento ou praticar o esporte por causa de dor no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. tocar seu instrumento ou praticar o esporte tão bem quanto você gostaria?	1	2	3	4	5
4. usar a mesma quantidade de tempo tocando seu instrumento ou praticando o esporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o impacto do seu problema no braço, ombro ou mão em sua habilidade de trabalhar (incluindo tarefas domésticas se este é seu principal trabalho)

Por favor, indique qual é o seu trabalho: _____

() Eu não trabalho (você pode pular essa parte)

Por favor, circule o número que melhor descreve sua habilidade física na semana passada. Você teve alguma dificuldade para:

	Fácil	Pouco difícil	Dificuldade média	Muito difícil	Não conseguiu fazer
1. Uso de sua técnica habitual para seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. Fazer seu trabalho usual por causa de dor em seu braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. Fazer seu trabalho tão bem quanto você gostaria?	1	2	3	4	5
4. Usar a mesma quantidade de tempo fazendo seu trabalho?	1	2	3	4	5

Total: [Pontuação das Respostas/Total de Respostas] -1 x 25] = _____