

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Priscila Blasquez da Costa Leite

**Aptos para retorno ao trabalho ou trabalho apto para receber trabalhadores?**  
**Questões antigas e novas perspectivas sobre bancários adoecidos por LER/DORT**

Rio de Janeiro

2018

Priscila Blasquez da Costa Leite

**Aptos para retorno ao trabalho ou trabalho apto para receber trabalhadores? Questões antigas e novas perspectivas sobre bancários adoecidos por LER/DORT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira

Coorientador: Prof. Dr. Renato José Bonfatti

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

L533a Leite, Priscila Blasquez da Costa.  
Aptos para retorno ao trabalho ou trabalho apto para receber trabalhadores? Questões antigas e novas perspectivas sobre bancários adoecidos por LER/DORT / Priscila Blasquez da Costa Leite. -- 2018. 88 f. ; tab.

Orientador: Aldo Pacheco Ferreira.  
Coorientador: Renato José Bonfatti.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Retorno ao Trabalho. 2. Transtornos Traumáticos Cumulativos. 3. Condições de Trabalho. 4. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 5. Integralidade em Saúde. 6. Reabilitação. 7. Terapia Ocupacional. 8. Bancários. I. Título.

CDD – 22.ed. – 617.1

Priscila Blasquez da Costa Leite

**Aptos para retorno ao trabalho ou trabalho apto para receber trabalhadores? Questões antigas e novas perspectivas sobre bancários adoecidos por LER/DORT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde, Trabalho e Ambiente.

Aprovada em: 06 de março de 2018.

Banca Examinadora

Dra Ana Paula Martins Cazeiro  
Departamento de Terapia Ocupacional – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dra, Monica Rodrigues Campos  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dr, Renato José Bonfatti (Coorientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dr, Aldo Pacheco Ferreira (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

## RESUMO

O estudo teve por objetivo investigar aspectos do retorno ao trabalho dos bancários afastados por LER/DORT, e sua relação com a funcionalidade e com a qualidade de vida do bancário. O retorno ao trabalho está entre os aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador, apresentando impactos políticos, econômicos, evidenciando-se como um problema de saúde coletiva com um alto custo econômico e social. Existem poucos serviços de saúde que capacitem para o retorno ao trabalho. Esse estudo é caracterizado como exploratório, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. A população estudada foi composta por 16 bancários do Rio de Janeiro, selecionada de forma não aleatória, por conveniência, que já foram afastados por acometimentos em membros superiores, que já passaram pela experiência de retorno ao trabalho. A pesquisa foi realizada na Secretaria de Saúde do Trabalhador do Sindicato dos Empregados por Estabelecimentos Bancários do Rio de Janeiro. Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico SPSS-22 e dados do caderno de campo. Para caracterizar a população foram utilizadas análises estatísticas descritivas (média, DP, I/C) e, para comparar os grupos e examinar a contribuição das variáveis para retorno ao trabalho foi utilizado o teste t de Student. Os resultados apontam que os bancários que estão retornando ao trabalho não possuem diferenças em relação aos afastados, quanto a sua funcionalidade e qualidade de vida, apontando para a necessidade de ampliação do olhar para o retorno ao trabalho e para a avaliação da capacidade para o trabalho e da integralidade das ações de saúde e da articulação dos dispositivos envolvidos no retorno ao trabalho. Os resultados deste estudo poderão estimular a produção de maior conhecimento científico sobre as possibilidades de retorno ao trabalho.

Palavras-chave: retorno ao trabalho, transtornos traumáticos cumulativos, condições de trabalho, classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, integralidade em saúde, reabilitação, terapia ocupacional, bancários

## **ABSTRACT**

The study aimed to analyze the return to work of retired bankers by RSI/WROD, regarding their functionality and quality of life. Return to work is one of the most complex aspects of workers' health care policies, presenting political and economic impacts, evidencing itself as a collective health problem with a high economic and social cost. There are few health services that work on returning to work. This study is characterized as exploratory, descriptive and transversal, with a quantitative approach. The population studied was composed of 16 bankers from Rio de Janeiro, selected in a non-random manner, for convenience, who were already separated by afflictions in the upper limbs, who have already experienced their return to work. The research was carried out in the Secretary of Health of the Employees' Syndicate of Workers by Banking Establishments of Rio de Janeiro. The data were analyzed using the statistical program SPSS-22. Descriptive statistical analyzes (mean, DP, I / C) were used to characterize the population, and t-test were used to compare groups and to examine the contribution of variables to return to work and data from the field notebook . The results show that bankers who are returning to work do not have differences in relation to those who are retired, regarding their functionality and quality of life, pointing to the need to broaden the look to return to work and to assess the capacity for work and the integrality of health actions and the articulation of the devices involved in returning to work. The results of this study may stimulate the production of greater scientific knowledge about the possibilities of returning to work.

**Key words:** return to work, cumulative traumatic disorders, working conditions, international classification of functionality, disability and health, health comprehensiveness, rehabilitation, occupational therapy, bank workers.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AET	Análise Ergonômica do Trabalho
AVD	Atividade da Vida Diária
AOTA	American Occupational Therapy Association
CAT	Comunicação de Acidentes de Trabalho
CEP/ENSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CRP	Centros de Reabilitação Profissional
DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIL.	Filosofia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IRSST	Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo geral	14
2.2	Objetivos específicos	14
3	JUSTIFICATIVA	15
4	ASPECTOS GERAIS DO SERVIÇO BANCÁRIO BRASILEIRO	17
5	SAÚDE E TRABALHO	21
5.1	Membros Superiores, Função e Doenças Relacionadas ao Trabalho	23
5.2	Retorno ao trabalho	24
6	SAÚDE, TRABALHO E TERAPIA OCUPACIONAL. UMA RELAÇÃO INDISSOCIÁVEL	30
7	MÉTODO	33
7.1	Campo da pesquisa	34
7.2	Aproximação do campo	34
7.3	Instrumentos	36
7.3.1	Questionário Sociodemográfico	36
7.3.2	Questionário WHOQOL-BREF	36
7.3.3	Questionário DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)	38
7.4.	Análise estatística	39
8	RESULTADOS e DISCUSSÃO	41
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma de decisões técnico-administrativas e de condutas em caso de LER/DORT	28
Quadro 1	Cálculo de média e mediana, bancários, 2017	44
Quadro 2	Cálculo de mediana na aplicação do questionário DASH, bancários, 2017	45
Quadro 3	Cálculo de mediana na aplicação do questionário WHOQOL-BREF, bancários, 2017	45
Tabela 1	Análise da funcionalidade e dos domínios de qualidade de vida de acordo o desfecho situação atual (afastado do trabalho ou retornando ao trabalho) via Teste-t de Student, bancários, 2017 (n=16).	49
Quadro 4	Variáveis analisadas com a população de bancários afastados e retornando pós-licença, 2017	50
Quadro 5	Variáveis analisadas com a população de bancários, 2017, em relação ao desfecho de funcionalidade (funcional ou disfuncional)	51
Quadro 6	Variáveis analisadas com a população de bancários, 2017, em relação ao desfecho baixa qualidade de vida e alta qualidade de vida	52

## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE 1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	63
APÊNDICE 2	Questionário Sociodemográfico	67

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	Parecer consubstanciado do CEP	71
ANEXO 2	Parecer da emenda CEP	77
ANEXO 3	Questionário WHOQOL bref	81
ANEXO 4	Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) – Versão brasileira	86

## 1. INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo sobre o retorno ao trabalho de bancários acometidos por patologias em membros superiores, a partir do olhar da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre funcionalidade, explicitado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), e da Terapia Ocupacional.

Para OMS e a Associação Americana de Terapias Ocupacionais (AOTA), a terapia ocupacional é definida como “o uso terapêutico de atividades diárias (ocupações) em indivíduos ou grupos com o propósito de melhorar ou possibilitar a participação em papéis, hábitos e rotinas em diversos ambientes como casa, escola, local de trabalho, comunidade e outros lugares”. Ademais, o terapeuta ocupacional é um profissional, munido de formação na área de Saúde e Social, com enfoque de análise e intervenção nas funções práticas do indivíduo. É um profissional que compreende “o homem como um ser prático e a atividade humana como um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de automanutenção” (COFFITO, 2009).

Submerso no domínio e processo que estruturam a prática do terapeuta ocupacional, o trabalho corresponde a uma das áreas da ocupação do indivíduo, sendo compreendido para além de uma atividade exercida para remuneração, de produto realizado, visando a subsistência do indivíduo. O trabalho, para o terapeuta ocupacional, é entendido como matriz da integração social, apresentando função estruturante e central na constituição do indivíduo e de sua identidade (NICOLAU; WATANABE, 2001; LANCMAN, 2004; MEDEIROS, 2010; RODRIGUES; SIMONELLI; LIMA, 2013).

Destarte, entenderemos como trabalho, o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituições e do fazer histórico dos trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais saudáveis, num processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade (MENDES, 1991).

A partir da aproximação da complexidade que é analisar a integralidade do sujeito em relação à ocupação humana, a práxis e igualmente do papel do trabalho como estruturante na vida do sujeito adulto, podemos inferir que qualquer acometimento que provoque limitação de função, pode ser desestruturante ao cotidiano desse sujeito.

À vista disso, faz-se necessário discorrer sobre a razão do enfoque do presente estudo ser somente para patologias acometendo membros superiores, ainda que elucidada a visão holística do terapeuta ocupacional para com o sujeito.

Conforme Pardini (2000), os acometimentos nas mãos apresentam impactos mais significativos, no contexto do trabalho, em comparação com outras regiões do corpo, especialmente por levar frequentemente o trabalhador ao afastamento do mesmo. Anatomicamente, a biomecânica de todas as estruturas do membro superior tem seu funcionamento direcionado no sentido de poder levar a mão de um indivíduo ao alcance de algo para realização de uma tarefa, visto isso, pode-se dizer que a mão é uma estrutura anatômica voltada essencialmente para a função, portanto é fundamental que ela esteja em condições oportunas para o funcionamento das atividades cotidianas e de trabalho do indivíduo (PARDINI, 2000; FREITAS, 2006; SKIRVEN, 2011).

Associado a esta realidade, nos últimos anos o mundo do trabalho vem sofrendo intensas transformações, com a introdução de novas tecnologias, mudança do modo de produção e especialmente com a aceleração do ritmo do trabalho, e, em paralelo a estas mudanças, houve, e ainda há, o forte crescimento das doenças relacionadas ao trabalho e dos acidentes do trabalho (LANCMAN, 2004). Estes acometem, de acordo com dados dos anos de 2009, 2013 e 2014 dos Anuários Estatísticos da Previdência Social, em sua maioria, os membros superiores.

As Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho (LER/DORT) são uma síndrome cuja terminologia não é consensual e, apesar de não haver nenhum diagnóstico com essa expressão no Código Internacional das Doenças (CID-10), sua utilização é bastante difundida na sociedade como um todo devido ao impacto social e aos danos provocados aos trabalhadores (CHIAVEGATO FILHO; PEREIRA JUNIOR, 2004).

As transformações intensas ocorridas no processo de trabalho bancário ao longo dos últimos anos marcaram a redução da força física com a implantação da automação dos processos produtivos. Tais mudanças impuseram um novo modo de trabalhar em que o corpo continua sendo exigido, porém com esforços contínuos, mais rápidos, dando a impressão de serem inofensivos por causa da leveza no manuseio das novas máquinas, que requerem mais habilidade (RIBEIRO, 1999) do que força física.

Uma pesquisa realizada em 2011 com 818 bancários, de diversos cargos, das seis maiores instituições financeiras do país mostra que 8 em cada 10 bancários declaram ter sofrido

pelo menos um sintoma de problemas físicos e mentais e, em média terem quatro sintomas concomitantes (BRUNO, 2011). A literatura aponta que as LER/DORT são a causa de adoecimento que gera maior número de afastamentos entre a categoria e são reconhecidas como doenças relacionadas ao trabalho, motivo pelo qual, em 2007, o grau de risco do trabalho nos bancos passou de leve para grave na contribuição para o Seguro de Acidente de Trabalho (SAT). Já a segunda maior causa de afastamentos dos bancários está no grupo dos transtornos mentais que, apesar de existirem na literatura estudos que apontem para sua relação com o trabalho, ainda não é reconhecido como doença relacionada ao trabalho (BRUNO, 2011).

É oportuno destacar que ambas as causas possuem relação dependente e interagem entre si, como exposto no documento “Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER)” publicado pelo Ministério da Saúde em 2012, onde são apresentados como fatores de risco para LER/DORT os aspectos biomecânicos, cognitivos, sensoriais, afetivos e de organização do trabalho.

De acordo com Moraes; Bastos (2013), a complexidade das LER/DORT decorre do fato de ser um fenômeno multifatorial (fatores biomecânicos, organizacionais e psicossociais) e multidimensional (dimensão individual, grupal e social). Isso explica, em parte, porque não se tem resolvido o problema dos distúrbios osteomusculares no trabalho, principalmente num contexto de precariedade das intervenções e poucos investimentos em prevenção (WELLS, 2009).

O conceito da saúde do trabalhador situa-se no quadro geral das relações entre saúde e trabalho e se apresenta como um modelo teórico de orientação às ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores, em seu sentido mais amplo, desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação, incluídas, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica (LAURELL; NORIEGA, 1989). Dessa forma, agrega um conjunto de conhecimentos oriundos de diversos campos, tais como Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, entre tantos outros e estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho, ajustando-se a uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho.

O objeto da Saúde do Trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Nesse sentido, a saúde do trabalhador aparece enquanto uma prática social instituinte e instituída dentro de um determinado modo de

produção (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ; MACHADO; FIRPO, 2002). A busca para compreensão deste processo é constante e se dá através de estudos dos processos de trabalho e em prol do desenvolvimento de alternativas de intervenções transformadoras do trabalho, intervenções estas que caminhem em direção à apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho (MENDES, 1991).

Além dos referenciais teóricos que embasam o campo da saúde do trabalhador, vale reforçar que este trabalho terá como princípio norteador para seu estudo, pesquisa, prática e avaliação, a ideia de que o trabalho é central para o ser humano adulto. A centralidade do trabalho dar-se-á, basicamente, ao fato do trabalho fazer parte do cotidiano da maioria dos indivíduos, ocupando papel fundamental no processo de autorrealização pessoal e profissional, apresentando, assim, papel basilar na formação da identidade do indivíduo (LANCMAN, 2004). Vale considerar que o trabalho também representa um aspecto imprescindível na qualidade de vida do homem, uma vez que, como todo organismo vivo, ele é submetido a um sistema de constantes transformações durante sua vida; as condições de trabalho de uma jornada diária cumprida durante toda a vida interferem intensamente sobre a qualidade das transformações ocorridas no organismo do trabalhador (SALIM, 2003).

Neste estudo, a compreensão sobre funcionalidade e incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) como destacado pela CIF. A incapacidade não é um atributo da pessoa, mas sim um conjunto complexo de condições que resulta da interação pessoa-meio (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Sendo assim, a partir do entendimento de que o indivíduo é um ser prático, da compreensão dos membros superiores como instrumentos unicamente voltados para a função humana, e da clareza que a funcionalidade não é apenas um fenômeno biomecânico e sim como uma interação pessoa-meio, este estudo pesquisa o retorno ao trabalho de bancários afastados por LER/DORT envolvendo membros superiores.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Investigar aspectos do retorno ao trabalho de bancários afastados por LER/DORT, envolvendo membros superiores, e sua relação com a funcionalidade e com a qualidade de vida do bancário.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Avaliar, sob a perspectiva do bancário, a funcionalidade dos seus membros superiores, durante o período de retorno ao trabalho;
- Conhecer a perspectiva do bancário a respeito das condições de trabalho para qual o bancário retornou;
- Avaliar, sob a perspectiva do bancário, a qualidade de vida dos bancários participantes da pesquisa;

### 3. JUSTIFICATIVA

Há anos bancários são sujeitos de pesquisas que estudam o adoecimento no trabalho. Expostos diariamente a processo de trabalho que pressiona, intimida e humilha, bancários criam em seu cotidiano a necessidade de se adequar a determinadas condições para realizar seu trabalho e manter o emprego (RIGOTTO; MACIEL; BORSOI, 2010).

O processo de adoecimento no trabalho bancário deve ser compreendido a partir da sua vinculação com as especificidades das tarefas e com as contínuas mudanças estruturais pelas quais passa. Essas mudanças se apresentam na busca de atender as demandas de um mercado cada vez mais competitivo e que ao longo da história da constituição do sistema financeiro nacional, vem sendo submetido a um conjunto de estratégias políticas e econômicas para sua adequação ao sistema financeiro mundial (ROSSI, 2011).

No caso dos adoecimentos por LER/DORT os bancários possuem, para além da saúde física debilitada diante da cronicidade da dor, uma saúde mental cada vez mais fragilizada expressa pelos sentimentos de fracasso, medo e constrangimento. Não obstante, os bancários possuem uma falência das suas estratégias de defesa e de adequação para realização do trabalho e permanência no emprego tornando assim o retorno ao trabalho uma tarefa problemática e penosa aos indivíduos (ROSSI, 2011).

A produção de conhecimento sobre o retorno ao trabalho das vítimas de acidente do trabalho (sabendo que doenças profissionais e doenças relacionadas ao trabalho se enquadram neste grupo) e o debate sobre este tema são fundamentais para aprimorar programas já existentes e desenhar novas propostas mais efetivas quanto a reinserção de trabalhadores (SALDANHA, 2013). Estudos apontam o retorno ao trabalho como um desafio permanente das políticas sociais no Brasil, tanto para a saúde do trabalhador, quanto para a seguridade social (CABRAL *et al.*, 2010, 2010; MAENO; VILELA, 2010; TAKAHASHI; KATO; LEITE, 2010; SALDANHA *et al.* 2013; LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016; SILVA ALVES; ASSIS, 2016; SILVA; CAMAROTTO, 2016; SIMONELLI; FILHO; SCHNEIDER; MACHADO, 2016; TONIOLO; LUSSI, 2016).

No caso de retorno ao trabalho gerado por afastamentos envolvendo lesões nos membros superiores, sabe-se que a prevalência é bastante superior em relação a outras partes do corpo (AEPS, 2014). Dos 704,1 mil acidentes de trabalho registrados pelos dados do Anuário estatístico de 2014, 21,1% foram ferimento do punho e da mão, fratura ao nível do punho e da

mão e traumatismo superficial do punho da mão; tais lesões estão entre os 50 códigos do CID com maior incidência nos acidentes de trabalho.

As patologias que acometem os membros superiores apresentam importantes implicações para o cotidiano do indivíduo, visto que é uma estrutura anatômica voltada essencialmente para a função (PARDINI, 2000; FREITAS, 2006; SKIRVEN, 2011). Uma lesão que venha a acometer os membros superiores, independentemente de sua gravidade, pode provocar um grau de incapacidade para as atividades de vida diária e, principalmente, para as atividades de trabalho, ao considerar a centralidade do trabalho na vida do indivíduo adulto (CABRAL *et al.*, 2010).

A restrição laboral e o retorno ao trabalho estão entre os aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016; SILVA; CAMAROTTO, 2016; SIMONELLI; FILHO; SCHNEIDER; MACHADO, 2016; TONIOLO; LUSSI, 2016). É necessário pensar no retorno ao trabalho como um fenômeno para além do que é realizado no programa de reabilitação profissional da Previdência Social e da clássica reabilitação oferecida em diferentes serviços de saúde, mas, também, considerá-la como um processo dinâmico de atendimento integral do trabalhador que deve envolver os profissionais de saúde envolvidos neste decurso bem como as empresas em todo o processo saúde doença, desde a prevenção ao tratamento, a reabilitação e/ou readaptação (do trabalhador e do trabalho) e reinserção no trabalho. Convém sublinhar que a integralidade aqui citada é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde - Sistema Único de Saúde (SUS).

Sob o saber da Saúde do Trabalhador enquanto campo de conhecimento, Marx (1983) argumenta que a mão do homem é o instrumento da produção, onde está presente o trabalho. Determinado trabalho é, para o autor, oriundo da habilidade que o exercício repetido desenvolveu e fixou na mão, e sem a qual não há produção possível. Justifica-se, assim, a pertinência do enfoque deste estudo para membros superiores.

#### **4. ASPECTOS GERAIS DO SERVIÇO BANCÁRIO BRASILEIRO**

As primeiras instituições componentes do sistema financeiro brasileiro iniciaram suas atividades no início do século XIX, na intenção de prestar serviço às atividades mercantis da época. A primeira instituição de crédito brasileira foi o Banco do Brasil, fundado em 1808.

Alguns anos mais tarde, surgiram os primeiros bancos comerciais de iniciativa privada (ACCORSI, 1990). A estrutura destas instituições tornar-se-ia mais complexa conforme as inovações do sistema de regulação do setor e das finanças nacionais. A primeira grande reforma bancária ocorreu na década de 1960, por ocasião do Governo Militar, iniciado em março de 1964. Esta reforma, somada a uma série de outras mudanças na economia brasileira durante as décadas de 1980 e 1990, provocou uma reestruturação no sistema financeiro nacional, viabilizando o processo globalização e de financeirização do capitalismo que, segundo Gehm (2013, p. 9-10), “é formada por componentes primordiais da organização capitalista, faz parte das estratégias dos principais agentes privados e está predominantemente no mercado de capitais”. O objetivo geral era dar suporte ao capital produtivo, assegurando o processo de acumulação capitalista no país, destacando a condição estratégica do segmento financeiro no desenvolvimento econômico brasileiro.

Com a evolução do sistema financeiro e a intensificação do papel do Estado na economia, os bancos assumiram o papel de agente arrecadador da União, através da intermediação na arrecadação de impostos. Em seguida, passaram também a efetuar serviços de cobrança para o segmento privado. Uma nova Reforma Bancária, desta vez em 1988 no Governo José Sarney, propôs a desregulamentação para o mercado financeiro provocando a eliminação progressiva das barreiras para entrada de instituições financeiras no país, acirrando a concorrência e multiplicando o número de sedes bancárias. Entretanto, os pequenos bancos não conseguiriam se manter por muito tempo, considerando a tendência de concentração do capital financeiro em grandes blocos, formado por conglomerados bancários resultantes das fusões entre bancos comerciais, sociedades de investimento, seguradoras, etc., conferindo ao setor bancário um novo papel, além da intermediação entre depósitos e empréstimos, concedendo às instituições bancárias a oportunidade de inserção em novos mercados, gerando “O reordenamento institucional do setor financeiro propiciado pela reforma financeira traria, através da Reforma Bancária (Lei n. 4.595, de 31/12/1964), da Reforma do Mercado de Capitais (Lei n. 04.728 de 14/07/1965) e do Plano de Ação Econômica do Governo (1964/1966), a

criação de mecanismos legais de controle e fiscalização pelo Estado das instituições públicas e privadas do sistema financeiro, assim como a formação de instituições financeiras especializadas na captação e aplicação de recursos a médio e longo prazos e a institucionalização da correção monetária na remuneração de aplicações para incentivar a poupança. As novas formas de captação de recursos financeiros favoreciam a especialização e a diversificação do sistema financeiro nacional e maior flexibilidade de atuação (ANTUNES, 2001).

Outro marco da trajetória do setor bancário no Brasil, a implantação do Plano Real no ano de 1994 (Governo Itamar Franco), parte do programa de estabilização da moeda e combate à inflação, gerou significativo impacto no sistema bancário nacional, intensificando o processo de reestruturação. A redução dos índices inflacionários representou perda de lucratividade, considerando que boa parte das operações bancárias eram dependentes da variação destes índices.

Diante do cenário de fragilização a que os bancos estavam expostos, o Governo de Fernando Henrique Cardoso, no ano de 1995, pôs em prática uma série de medidas que visavam sanear o Sistema Financeiro Nacional (RIBEIRO, 1997). Dois movimentos caracterizaram este processo: a redução do quadro de bancos estaduais e o aumento da participação do capital estrangeiro. Ainda assim, não foi possível transferir ao setor privado todas as funções inerentes aos bancos públicos. Segundo Antunes (2001), o porte e as condições de atuação de alguns bancos nacionais impediram este avanço. Apesar do avanço da lógica de mercado na atuação dos bancos públicos, estes ainda cumprem forte papel social, considerando a administração dos recursos do PIS/PASEP, do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), seguro-desemprego, crédito agrícola, além de serem agentes exclusivos de arrecadação de alguns tributos e taxas federais. Diante desta limitação, os bancos privados apostaram na segmentação da clientela e na criação de produtos e serviços exclusivos para clientes de melhor condição financeira, como estratégia para manutenção e incremento de sua rentabilidade. Isto representava a tendência, já existente nos países capitalistas centrais, de deslocamento das atividades administrativas para as comerciais nos bancos, que passaram a realizar atividades voltadas à consultoria financeira, intermediação de negócios, com cobrança de tarifas e a inserção das vendas em sua rotina de trabalho (JINKINGS, 2000). Em princípio essas atividades foram observadas nas instituições privadas, entretanto, os bancos públicos não tardaram a adotar esta lógica, em vista da forte concorrência e da necessidade de adequação aos padrões impostos

pelo mercado, sob o risco de perda de rentabilidade e de posições estratégicas na sociedade.

De acordo com Accorsi (1990), no período que vai até o ano de 1964, o trabalho bancário poderia ser considerado como uma produção artesanal, onde o trabalhador possuía alto grau de controle da tarefa e dos instrumentos. À maneira do artesão, ia cada vez mais se aprimorando na técnica comercial e/ou contábil, até chegar à condição de mestre, representado pelos cargos de gerente e/ou contador. As agências bancárias ofertavam três tipos de operação: conta corrente, créditos e cobrança. A divisão do trabalho se dava de acordo com os serviços executados (conta corrente, cadastro, descontos e contabilidade), sendo as agências divididas em dois grandes setores: gerência, que englobava toda a parte comercial (depósitos, concessão de crédito, etc.) e serviços (rotinas contábeis e administrativas). O gerente era responsável pela parte comercial e pela agência como um todo. Os serviços eram de responsabilidade do contador. Cada um deles contava com uma equipe formada por escriturários, caixas, supervisores e chefes de expediente. Para se alcançar a condição de gerente ou contador, era preciso deter o conhecimento de todo o processo de trabalho, após percorrer todos os departamentos da agência. Tratava-se de um tipo de conhecimento que só era possível alcançar após muitos anos de prática profissional e não estava disponível fora do ambiente bancário (ACCORSI, 1990).

Os instrumentos utilizados pouco interferiam na técnica básica que caracterizava o ofício, a contabilidade. O trabalho, basicamente manual no início do século, aos poucos ia sendo mecanizado com a entrada das máquinas de escrever, calcular, das máquinas de reprodução de cartelas contábeis, entre outros. Entretanto, eram ferramentas auxiliares que dependiam do saber do trabalhador para seu adequado funcionamento.

Com a modernização do sistema financeiro nacional a partir de 1964, mecanismos de controle de informação e de exploração da força de trabalho são inseridos no contexto de trabalho bancário, gerando importantes reflexos na remuneração e nas condições de trabalho.

O padrão taylorista/fordista de produção passa a influenciar o ritmo de trabalho nos bancos. Este padrão é caracterizado pela produção em massa através de uma metodologia que envolve máquinas e procedimentos padronizados, fragmentação da tarefa (separando concepção e execução) na qual a posse do conhecimento do processo de trabalho é tida por instâncias superiores, desqualificando o saber operário (ANTUNES, 2005).

Estas mudanças no modo de produção, junto com a expansão da base bancária no país

propiciou o significativo aumento no volume de escriturações contábeis. Sendo assim, a partir de 1964 inicia-se a implantação dos Centros de Processamentos de Dados (CPDs). O computador passa a ser introduzido nas agências, servindo como instrumento de auxílio para o crescente volume de trabalho, fruto das medidas econômicas para expansão dos serviços bancários no país, mas também como instrumento de gerenciamento e controle da força de trabalho. Cabe acrescentar que os trabalhadores antes responsáveis pelos serviços administrativos são transferidos das agências para os centros de processamentos de dados, iniciando-se um processo de esvaziamento das agências.

Todo este processo resultou numa interdependência própria do modelo de produção taylorista/fordista, onde o trabalhador expropriado de seu saber-fazer pelos rígidos manuais e pelo maquinário passa a experimentar a sobrecarga de trabalho, com tarefas parceladas e predefinidas, jornadas extensas e baixos salários. A fragmentação do trabalho bancário atingiu um nível de simplificação ao ponto de as substituições de trabalhadores não gerarem impactos significativos no andamento da tarefa, considerando não serem mais importantes os conhecimentos acumulados com o tempo e o exercício da atividade (DAVID, 2004).

Os bancos, de um modo geral, sofreram também transformações na organização do trabalho, fruto não somente das medidas econômicas adotadas pelos governos no sentido de estruturar o sistema financeiro, mas também pelo crescente movimento de expansão tecnológica da era pós-industrial. Dentre estas medidas destacam-se os incentivos fiscais para incorporação de instituições financeiras; a instituição do Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Fortalecimento do Sistema Financeiro Nacional (PROER) e do Programa de Incentivo à Redução do Setor Público Estadual na Atividade Bancária (PROES). Estes dois programas resultaram na privatização de grande parte dos bancos públicos estaduais e o aumento da participação de bancos internacionais, fortalecendo a concorrência.

Evidencia-se, assim, que os bancos, como prestadores de serviços, atendem a determinadas características que norteiam sua forma de atuação junto aos clientes e, especificamente, o *modus operandi* de seus trabalhadores. Verifica-se, também, que o sistema bancário brasileiro passou por diversas reformas que trouxeram mudanças importantes em seus objetivos e em suas formas de atuação no mercado.

## 5. SAÚDE E TRABALHO

A saúde do trabalhador tem surgimento no Brasil que pode ser identificado no início dos anos 80 (MENDES, 1991), e rompe com a concepção da existência de um vínculo causal entre a doença e um agente específico, como já alicerçado pela medicina do trabalho, ou a um grupo de fatores de risco presente no ambiente de trabalho, como já constituído para a saúde ocupacional, concepção esta que considera somente o processo produtivo e exclui a subjetividade presente nos processos de trabalho (MENDES, 1991; VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2011). Para a saúde do trabalhador o trabalho se apresenta enquanto “organizador da vida social, como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição e do fazer histórico” (MENDES, 1991). Neste sentido, o trabalhador é o ator principal da saúde do trabalhador.

Em sentido amplo, conceituaremos o termo trabalho como um conjunto de atividades intelectuais e manuais, organizadas pela espécie humana e aplicadas sobre a natureza e imanente à espécie humana (PINTO, 2007).

A associação entre trabalho e doença há muito é discutida, Bernardino Ramazzini (1633-1714), foi o primeiro a relatar sistematicamente a associação entre doença e atividade laboral em sua publicação *De Morbis Artificum Diatriba* (“As doenças dos trabalhadores”), no ano de 1700. Embora seja uma associação já discutida desde essa época, escolherei o taylorismo como ponto de partida para apresentar a organização do trabalho tal qual ela é hoje e o surgimento das doenças relacionadas ao trabalho.

A metodologia de Taylor, final do século 19, conhecida como administração científica do trabalho, surge em um momento de necessidade patronal de controle do trabalho humano buscando responder às demandas do mercado e, para atende-las, foram utilizadas estratégias cada vez mais agressivas para aumentar escalas de produção, padronizar a qualidade dos produtos e diminuir os custos de produção, assegurando assim a prosperidade do patrão. Taylor acreditava que a melhor maneira de se executar esse trabalho era através da especialização extrema de todas as funções e atividades e do controle do tempo, o biorritmo do corpo era regulado pelo controle do cronômetro. A partir desse novo modelo de produção, houve um incremento das doenças no trabalho caracterizadas por problemas respiratórios, digestivos, auditivos, olfativos, visuais, táteis, dentre outras enfermidades (PINTO, 2007; VASCONCELLOS, 2011; MIRANDA, 2012).

O fordismo, já em curso desde o início do século 20, teve como principal objetivo produzir a maior quantidade de veículos que fosse possível, tornando este um objeto de consumo em massa. Deste modelo de produção nasce a esteira rolante da linha de produção e um novo ritmo de trabalho, ininterrupto, repetitivo e automatizado, ditado pela mesma. Neste momento, o ganho da produtividade é alavancado, há crescente acumulação de capital às custas da desumanização do trabalhador que é configurado como um componente da máquina. Tanto o taylorismo quanto o fordismo apresentam elementos comuns no que tange a organização do trabalho e seus objetivos, como, por exemplo, a extrema divisão e gestão das tarefas na busca de uma intensificação do processo de automação, controle do ritmo do trabalho e da sua sistematização previamente determinada, através de regras prescritas para milhares de mãos. Com efeito, tanto o taylorismo quanto o fordismo são acompanhados de altos níveis de absenteísmo (PINTO, 2007; MIRANDA, 2012).

Antunes (2015), ressalta que o taylorismo/fordismo trouxe consequências graves para a saúde do trabalhador pela existência do trabalho parcelado, funções fragmentadas e pela separação entre elaboração e execução. O trabalhador é expropriado de seu saber e passa a ser o apêndice da máquina. Ele não precisa mais pensar, criar, basta executar sua tarefa mecanicamente.

Em um estudo apresentado por Pina; Stotz (2012), a intensificação do trabalho é compreendida como uma dimensão social particular da exploração do trabalhador, resultante de um processo histórico de obtenção de um maior quantum de trabalho, que se efetiva pela expropriação do conhecimento técnico e social do trabalhador durante o processo de trabalho. Assim sendo, as metamorfoses nos processos de trabalho, sob o impacto das inovações tecnológicas, alteram a relação do indivíduo com a atividade laboral e passam a exigir novas competências e habilidades. Tais fatos atingem o universo da consciência, da subjetividade no trabalho e as suas representações (LANCMAN, 2004; ANTUNES, 2015).

### **5.1. Membros Superiores, Função e Doenças Relacionadas ao Trabalho**

Sabe-se que um dos destaques para o perfil epidemiológico dos adoecimentos relacionados ao trabalho advém das Lesões por LER/DORT. Especificamente no setor bancário, as LER/DORT têm evoluído nos últimos tempos como consequência não só da automação dos processos produtivos, mas também da imposição de novos modos de trabalhar, do aumento da

jornada de trabalho, das novas formas de gestão, da exigência por mais qualificação e de um novo perfil para o trabalho.

O expressivo aumento do número de trabalhadores afastados por LER/DORT induz a necessidade do comprometimento de pesquisadores e profissionais da área de atenção à saúde e afins, para lidarem com esse problema, visto que suas manifestações são consideradas como um problema de saúde pública (SILVA; CAMAROTTO, 2016).

No Brasil, os dados pecuniários do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) apresentam que, em 2007, 34,72% dos auxílios doença acidentário foram de doenças do sistema osteomuscular e dos tecidos conjuntivos, sendo estes, dados que contabilizam trabalhadores cadastrados no INSS, que representam aproximadamente 50% da população economicamente ativa do país (BRASIL, 2007).

Já de acordo com dados da Previdência Social de 2013, 39 % do total de acidentes de trabalho, sabendo que as doenças relacionadas ao trabalho se enquadram neste grupo, registrados através Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), acometeram especificamente punho, mão e dedos. Deve-se salientar que estes dados são limitados aos trabalhadores registrados nesse sistema, excluindo-se aqueles do setor público e do setor informal.

Lancman (2004) aponta que a precarização das condições de trabalho apresentadas atualmente gera a necessidade de repensar a mudança no perfil das doenças relacionadas ao trabalho, bem como, para a necessidade de repensar as propostas de intervenção tanto para a prevenção destes acometimentos como alternativas para os trabalhadores já acometidos. Para a autora, o trabalho pode proporcionar prazer ou sofrimento, ser estimulante e gratificante, ou maléfico à saúde física e mental do trabalhador, dependendo da situação em que o trabalho ocorre.

Positivamente, o trabalho pode proporcionar as mais diversas formas de realização, liberdade de criação e satisfação. Entretanto, negativamente, as condições de trabalho podem ocasionar sequelas de curto a longo prazo, como lesões de funções perceptivas, motoras e osteoarticulares, mentais, da personalidade que podem acometer a realização das atividades de vida diária, as atividades instrumentais de vida diária e o próprio trabalho (LANCMAN, 2004; LELIS, 2012).

Os acometimentos em membros superiores apresentam maior impacto na funcionalidade

e conseqüentemente na qualidade de vida do indivíduo, do que lesões em outras partes do corpo (PARDINI, 2000; CHENG, 2006; FREITAS, 2006; SKIRVEN, 2011). Como já foi apresentado neste trabalho, anatomicamente pode-se ratificar o impacto de lesões em membros superiores na vida do indivíduo, visto que a estrutura do membro superior é voltada para a função (PARDINI, 2000; FREITAS, 2006; SKIRVEN, 2011).

Em um estudo realizado com pacientes acometidos por LER/DORT, que objetivou analisar o comportamento do questionário *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH) na versão traduzida e validada para o português, encontrou-se uma correlação maior com o Questionário de Qualidade de Vida - SF-36 do que a encontrada na correlação do SF-36 com outros quatro instrumentos de avaliação do joelho. Sugere-se, assim, que os acometimentos em membros superiores têm potencial para gerar mais impactos no cotidiano e na qualidade de vida, em comparação com lesões em membros inferiores (CHENG, 2006).

## **5.2. Retorno ao trabalho**

De acordo com o § 3 do artigo 6º da Lei 8080/90 da Constituição Federal, entende-se por saúde do trabalhador:

“Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os

resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores. ”

Sendo assim a recuperação e reabilitação dos trabalhadores são pilares da saúde do trabalhador, previstas na Constituição Federal de 1988 e asseguradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir do entendimento de funcionalidade dado pela CIF e de um modelo de reabilitação pautado por ela, o nível funcional do paciente está associado à saúde não mais como consequência de uma condição ou diagnóstico, mas como o resultado da associação de fatores pessoais, ambientais e do contexto da reabilitação (FARIAS; BUCHALLA, 2005; CHENG, 2006). Por conseguinte, aponta para a necessidade de se avançar no entendimento do processo de retorno ao trabalho visto a sua complexidade e enfatiza que ao se garantir condições e ambientes de trabalho adequados, previne-se o surgimento de novas doenças e a ocorrência de acidentes, ou seja, a construção de uma política de retorno ao trabalho implica em uma política de prevenção de incapacidades (TOLDRÁ *et al.*, 2010).

Os conflitos relacionados ao retorno ao trabalho são de especial importância, e para seu sucesso é fundamental que o empregador apresente medidas efetivas para corrigir a situação que originou a doença do trabalhador como, por exemplo, a adoção de programas de prevenção e de retorno ao trabalho. Fatores macroestruturais, como o aumento dos custos com cuidados à saúde, os baixos índices de emprego de pessoas com incapacidade e o pouco conhecimento da repercussão tardia dos acidentes justificam a necessidade de pensar em novas práticas de acompanhamento do processo de retorno ao trabalho. Um dos princípios básicos para a elaboração de um programa de retorno ao trabalho é a ampliação do conceito de capacidade laborativa, buscando a compreensão de que todos podem contribuir em um processo de trabalho, bem como devem ser avaliados em sua particularidade (TOLDRÁ *et al.*, 2010, SILVA, CAMAROTTO, 2016).

O retorno ao trabalho está entre os aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador, apresentando impactos políticos, econômicos, e de saúde ao trabalhador (CABRAL *et al.*, 2010; MAENO; VILELA, 2010; TAKAHASHI; KATO; LEITE, 2010; SALDANHA *et al.*, 2013; LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016; SILVA ALVES; ASSIS, 2016; SILVA; CAMAROTTO, 2016; SIMONELLI; FILHO; SCHNEIDER; MACHADO, 2016; TONIOLO; LUSSI, 2016). Um estudo realizado através da análise de prontuários de 10 trabalhadores acompanhados em um grupo de terapia ocupacional de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo, visou identificar os facilitadores e as barreiras para a reinserção no trabalho de trabalhadores com um longo período de afastamento. Este estudo, realizado com base nas categorias da CIF, apresentou como barreiras em todos os casos: as condições do retorno ao trabalho e o suporte profissional do INSS (TOLDRÁ *et al.*, 2010). Além disso ratificou o que se encontra na literatura, que a procura tardia pelo tratamento, muitas vezes ocasionada pelo medo do desemprego, contribui ao agravamento e à cronificação do quadro clínico. Outrossim, os autores ressaltam que ao retornar ao trabalho os trabalhadores, em sua maioria, são lotados em funções incompatíveis com seu quadro clínico-funcional e com sua formação e qualificação, quando não, são deixados à margem do processo produtivo (CABRAL *et al.*, 2010; TAKAHASHI *et al.*, 2010; SILVA; CAMAROTTO, 2016; TONIOLO; LUSSI, 2016).

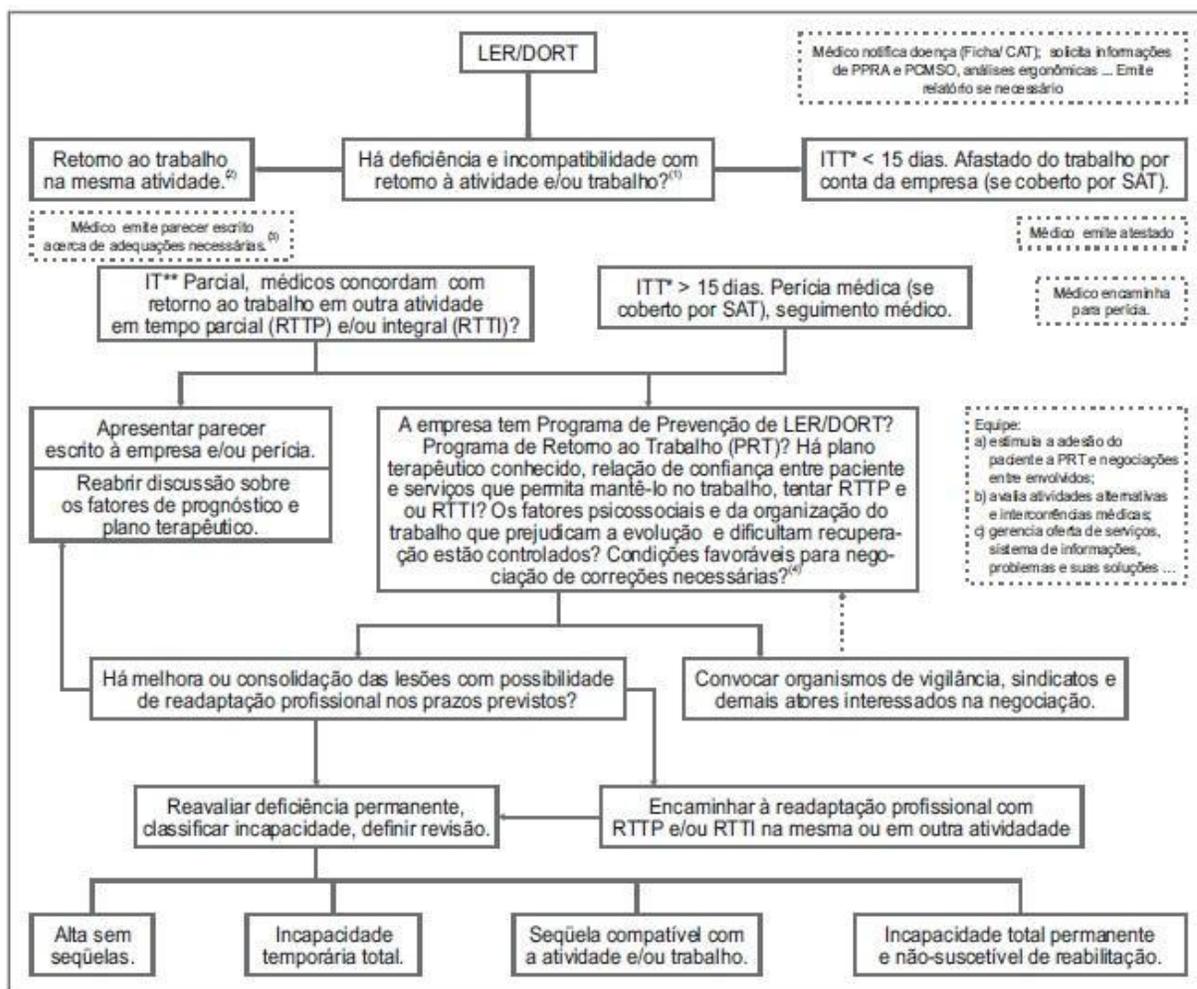
Sobre o retorno ao trabalho no contexto da reabilitação profissional, a lei 8.213, de 24/07/1991, art. 89 (BRASIL, 1991), menciona que a habilitação e reabilitação profissional e social devem proporcionar meios para a reeducação e readaptação profissional para todo o beneficiário da Previdência Social. Por outro lado, a Previdência Social se isenta da manutenção do segurado no mesmo emprego ou da sua colocação em outro para o qual for reabilitado, deixando claro que o processo de reabilitação profissional cessa com a emissão de um certificado que indique a função para a qual o reabilitando foi capacitado profissionalmente (TOLDRÁ *et al.*, 2010; SILVA, ALVES, ASSIS, 2016).

Estudos recentes apresentam que as dificuldades encontradas pelos trabalhadores ao retornar para o trabalho são diversas e vão além das limitações funcionais decorrentes dos adoecimentos responsáveis pelo seu afastamento. Muitos dos obstáculos vivenciados são relacionados com a maneira de funcionamento das empresas, do INSS e dos serviços de saúde. (CABRAL *et al.*, 2010; SIMONELLI; FILHO; SCHNEIDER; MACHADO, 2016; TOLDRÁ

*et al.*, 2010; SALDANHA *et al.*, 2013; SILVA; LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016; ROSSI DA SILVA; OLIVEIRA ALVES; ASSIS, 2016; CAMAROTTO, 2016; TONIOLO; LUSSI, 2016).

Como exemplo destes obstáculos vivenciados temos o percurso do servidor na perícia. Sabe-se que as lesões cumulativas explicadas por fatores biomecânicos causam dor, disfunção e danos, sendo, muitas vezes, controversa a interpretação quando se investiga a relação com o trabalho. Para a identificação de marcadores objetivos da doença ou dos desencadeadores dos sintomas depende da perícia, do entusiasmo e do conhecimento do examinador sobre as manifestações da doença e da limitação das técnicas propedêuticas. Espera-se que o médico interprete, verifique ou rejeite a legitimidade desses argumentos e fatos. Sendo assim, o clínico precisa agir face à incerteza, avaliando causa e capacidade com base na organização legal e burocrática, o que não é, absolutamente, uma tarefa fácil (BRASIL, 2001) (**Figura 1**).

**Figura 1.** Quadro demonstrativo das decisões técnico-administrativas e de condutas em caso de LER/DORT



Fonte/imagem: Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília, 2001.

Para Watanabe e Nicolau (2001) a relação dos fatores ocupacionais com o adoecimento, o advento dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), inicialmente denominadas lesões por esforços repetitivos (LER), e a necessidade de as instituições e empresas investirem em programas de retorno ao trabalho justificam a importância das contribuições da Terapia Ocupacional no campo da saúde do trabalhador.

Em vista de dar conta da pertinência de sua atuação nesta área, a Terapia Ocupacional tem avançado no sentido de superar modelos reducionistas de reabilitação e de análise do

trabalho (CAZEIRO; BASTOS; SANTOS, 2011) e, para isso, busca em outras áreas do conhecimento suporte teórico. Disciplinas que estudam questões do trabalho e se preocupam com o seu conteúdo simbólico, suas consequências para a saúde dos trabalhadores e seus efeitos para a produção, têm sido úteis para auxiliar o desenvolvimento da Terapia Ocupacional no campo da Saúde e Trabalho, especialmente com o enfoque para o retorno ao trabalho (ROSSI DA SILVA; OLIVEIRA ALVES; ASSIS, 2016).

Convém ressaltar que o retorno ao trabalho ora apresentando e discutido carece de um entendimento próprio de seu processo e de que este não se resume apenas a Reabilitação Profissional. A Reabilitação Profissional, atualmente oferecida como um serviço do INSS, é voltada apenas para segurados declarados incapacitados para o trabalho por motivos de doença ou acidente do trabalho (BRASIL, 1999). Já encontramos aqui as primeiras diferenças primordiais em relação ao retorno ao trabalho citado neste estudo. Em primeiro lugar, nos referimos aqui ao retorno ao trabalho como um percurso percorrido pelo trabalhador desde seu afastamento, com reconhecimento ou não donexo causal, até a sua adaptação ao trabalho após retornar para sua atividade habitual. Outra diferença clara é que o retorno ao trabalho ao qual me refiro não abrange somente aqueles trabalhadores declarados inaptos ao trabalho, que precisam readaptar atividades e do retorno ao mercado de trabalho, como expresso nos objetivos da Reabilitação Profissional na lei 3.048 de 1999. O retorno ao trabalho estudado nesta pesquisa engloba os trabalhadores que passam por um afastamento típico e após parecer da perícia são considerados aptos para retornar ao trabalho.

## 6. SAÚDE, TRABALHO E TERAPIA OCUPACIONAL. UMA RELAÇÃO INDISSOCIÁVEL

A Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), publicou em 2015 um documento chamado “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo”, nele a terapia ocupacional é definida como:

“(…) uso terapêutico de atividades diárias (ocupações) em indivíduos ou grupos com o propósito de melhorar ou **possibilitar a participação em papéis**, hábitos e rotinas em diversos ambientes como casa, escola, **local de trabalho**, comunidade e outros lugares. Profissionais da terapia ocupacional usam seu conhecimento **sobre a relação transacional entre a pessoa, seu envolvimento em ocupações importantes, e o contexto em que se insere para delinear planos de intervenção - baseados na ocupação** - que facilitam a mudança ou crescimento nos fatores do cliente (funções do corpo, estruturas do corpo, valores, crenças e espiritualidade); e habilidades (motora, processual e de interação social) todos necessários para uma participação bem sucedida.”

Este documento objetiva apresentar os conceitos centrais que descrevem a prática da terapia ocupacional, construir uma compreensão comum dos princípios básicos e a visão da profissão. Para tal, “incorporado a este documento está crença central da profissão na relação positiva entre ocupação e saúde e na visão das pessoas como seres ocupacionais (AOTA, 2015)”. Em sua essência a prática da terapia ocupacional evidencia a natureza do trabalho dos seres humanos e a importância da identidade ocupacional para uma vida saudável, produtiva e satisfatória.

Ainda neste documento, a AOTA (2015) apresenta que o escopo da prática do terapeuta ocupacional, de maneira abrangente, é “alcançar a saúde, bem-estar, e participação na vida por meio do envolvimento na ocupação”. Nesta declaração o documento reconhece a crença de que “o envolvimento ativo na ocupação promove, facilita, apoia e mantém a saúde e a participação”.

Convém observar que o termo “ocupações” para o terapeuta ocupacional refere-se às atividades diárias onde as pessoas se envolvem, as quais são: atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), descanso e sono, educação, **trabalho**, brincar, lazer e participação social (AOTA, 2015).

Saint-Jean (2003) qualifica como permanente a relação entre o trabalho e a terapia ocupacional, pois é a partir da compreensão de que o trabalho tem potencial mobilizador para a

psique e para a criação de relações sociais que a profissão nasce. A terapia ocupacional começa a reconhecer no seu instrumental de trabalho e na sua experiência profissional a influência de diversos saberes que contemplam para o estabelecimento de um profissional ímpar dentro deste campo, especialmente pelo seu conhecimento próprio na prática e na análise de atividades (SIQUEIRA *et al.*, 1996).

No que se refere ao surgimento da profissão alguns autores apontam que a terapia ocupacional possui seus primeiros registros de prática relacionados ao contexto do trabalho, relatados no períodos pós-guerras (1ª e 2ª Guerra Mundial). Neste momento, a terapia ocupacional no campo da reabilitação física atuava com os indivíduos traumatizados e/ou mutilados com enfoque no retorno às atividades laborais, bem como trabalhava para a melhoria da eficiência e eficácia do desempenho do indivíduo no seu serviço e na melhoria dos instrumentos utilizados por ele nas missões de guerra. Autores apontam ainda que o contexto pós-guerra influenciou a criação dos primeiros cursos de graduação em terapia ocupacional no Brasil.

Inicialmente a terapia ocupacional atuava no campo da saúde do trabalhador com intervenções voltadas para a reabilitação dos mutilados de acidentes de trabalho e profissionais nos Centros de Reabilitação Profissional (CRP) do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), e inclusão desses indivíduos no trabalho, sendo este o ultimo objetivo do processo de reabilitação. Atualmente, os terapeutas ocupacionais alargaram a sua atuação dentro do campo de saúde do trabalhador, trabalhando com a prevenção e intervenções concretas de trabalho (PINTO, 1990; TEDESCO, 2001; LANCMAN; GHIRARDI, 2002; WILLARD; SPACKMAN, 2010; CAVALCANTI; GALVÃO, 2011).

Ao longo do tempo, apesar de a evolução da terapia ocupacional ter aumentado seu espectro de análise e intervenção, o trabalho continua ocupando um lugar fundamental na prática dos terapeutas ocupacionais, considerando seu potencial terapêutico de sustentação ao indivíduo, na construção de sua identidade e na sua inclusão na sociedade. Apesar disso o trabalho também pode ser fonte de sofrimento e causador de doenças, o que exige outra aplicação dos recursos terapêuticos ocupacionais e da análise de atividades, a qual deve passar a alcançar a compreensão da organização e das condições de trabalho (SAINT-JEAN, 2003). Assim, a atuação da terapia ocupacional no campo da saúde e trabalho tem sido pautada nas últimas décadas pelo desafio de construir intervenções que atendam a essas duas realidades.

Nessa perspectiva, quando o trabalho contribui para o adoecimento, a Terapia Ocupacional traça projetos terapêuticos para o atendimento de pessoas com LER/DORT ou que necessitem de reabilitação após trauma, causado por acidentes de trabalho, sempre buscando incluir nas propostas de intervenção ações de cuidado que deem conta do sofrimento psíquico e das questões sociais inerentes a esses quadros. Entretanto, o tratamento desses trabalhadores não deve considerar apenas aspectos clínicos, deve incluir também uma preparação para o retorno ao trabalho (FERREIRA; SANTOS, 2001; SANTOS, 2001; SIQUEIRA; QUEIROZ, 2001; SANTOS, 2004).

Dada a importância do tema para a profissão, a Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo publicou no ano de 2016 um editorial com o tema “Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional, uma relação indissociável”, contendo 5 artigos, dos 14 totais, trazendo como assunto principal o tema “Retorno ao Trabalho”. Todos estes artigos concordam que para a qualidade do retorno ao trabalho é necessário que o mesmo envolva mudanças na organização do processo de trabalho, considerando a compatibilidade das tarefas a serem realizadas e as restrições do trabalho às condições clínicas (LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016; SILVA; CAMAROTTO, 2016; SIMONELLI; FILHO; SCHNEIDER; MACHADO, 2016; TONIOLO; LUSSI, 2016). Vale dizer que o retorno à mesma situação de trabalho ou os casos de mudanças de função sem o respaldo de uma adequada política de readaptação podem levar à piora da sintomatologia e a novos afastamentos (TOLDRÁ *et al.*, 2010).

Na prática, melhorar essas condições implica em: estabelecimento de tarefas de acordo com a capacidade do trabalhador; adequação do ambiente de trabalho e da organização do trabalho; envolvimento efetivo das empresas; informação, orientação e apoio das chefias e dos colegas a respeito das restrições do trabalhador; e o acompanhamento na realização das tarefas, ações essas poderiam ser de competência do terapeuta ocupacional envolvidos neste processo visto as habilidades técnicas deste profissional (SAINT-JEAN, 2003; ALENCAR; MONTEZOR, 2010; TOLDRÁ *et al.*, 2010).

## 7. MÉTODO

Esse estudo é caracterizado como exploratório, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa.

A população estudada foi composta por 16 bancários do Rio de Janeiro, selecionada de forma não aleatória, por conveniência, que já foram afastados por acometimentos em membros superiores, que já passaram pela experiência de retorno ao trabalho e que concordaram em participar desse estudo, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE 1**).

Foram incluídos os bancários que apresentaram em membros superiores, patologias inclusas, de acordo com a portaria/MS n.º 1.339/1999, na lista de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionadas ao trabalho ou na lista de doenças do sistema nervoso relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001), que já tenham passado pela experiência de retornar ao trabalho.

Foram excluídos aqueles servidores que apresentaram qualquer uma destas patologias que não envolvam o membro superior, aqueles que apresentam patologia em membros superiores que não se enquadram nas patologias anteriormente descritas, que não tenham tido experiência de retornar ao trabalho ainda, bem como aqueles que se recusaram a participar do mesmo.

Para a identificação dos sujeitos, foi realizada uma escala de plantão no sindicato dos bancários a fim de contatar os trabalhadores que vieram procurar a secretaria de saúde do sindicato de junho a dezembro de 2017. Durante o atendimento, os funcionários do sindicato identificavam os bancários que se enquadram nos critérios de inclusão deste estudo e faziam um convite prévio para que eles pudessem ser conduzidos a conversar com a pesquisadora. A seguir os trabalhadores eram contatados pessoalmente, com a finalidade de apresentação dos objetivos do estudo e convite para sua participação. A partir do aceite dos trabalhadores para a participação deste estudo foi realizada a aplicação dos questionários.

Devido à falta de disponibilidade para o preenchimento dos questionários por parte dos bancários que procuraram o sindicato, um envelope com os questionários e o TCLE assinado pela pesquisadora foi entregue aos bancários que aceitaram participar do estudo, para que fossem preenchidos e devolvidos à funcionária do sindicato que foi designada, a partir da aproximação do campo realizada pela pesquisadora, para recebê-los.

Também foi utilizado para a identificação dos sujeitos da pesquisa a metodologia de bola de neve através da identificação dos atores-chave desta pesquisa.

Salienta-se que a identificação dos sujeitos e a realização das entrevistas ocorreram somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP), emitida pelo parecer número nº 2.078.112 em 23/05/2017 (ANEXO 1), tendo emenda submetida e aprovada pelo parecer nº 2.382.829 em 15/11/2017 (ANEXO 2).

### **7.1. Campo da pesquisa**

A pesquisa foi realizada na Secretaria de Saúde do Trabalhador do Sindicato dos Empregados por Estabelecimentos Bancários do Rio de Janeiro.

O Sindicato dos Bancários do Rio foi criado em 1930 e é dividido em 12 secretarias sendo elas: Secretaria Geral; de Administração; Finanças; Imprensa e Comunicação; Formação; Assuntos Jurídicos; Saúde do Trabalhador; Cultura e Esporte; Bancos Privados; Base; Bancos Públicos; e Políticas Sociais.

A Secretaria de Saúde do Trabalhador tem como principal objetivo apoiar os bancários e as bancárias em relação à saúde, bem como fiscalizar aspectos da organização do trabalho, dos programas de prevenção e os casos de assédio moral. A Secretaria também trabalha junto ao bancário auxiliando-o com a emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e os orienta os em caso de necessidade de licença-médica.

### **7.2. Aproximação do campo**

Esta pesquisa, apesar de ser de natureza quantitativa, foi realizada no Sindicato dos Bancários, campo o qual a pesquisadora não possuía qualquer proximidade além da que foi obtida através do levantamento das problemáticas trazidas pela literatura. Assim sendo sentiu-se a necessidade de realizar procedimentos comuns aos trabalhos de campo de natureza qualitativa.

Em primeiro lugar é necessário expor que, apesar desta pesquisa ser realizada no Sindicato dos Bancários, os sujeitos desta pesquisa não foram sujeitos deste campo, como os funcionários que ali trabalham. Os sujeitos desta pesquisa foram aqueles que buscavam o sindicato em busca de apoio, orientação e esclarecimentos.

Dessa maneira, no período de 29 de junho à 20 de julho de 2017, aproximar-me do campo pesquisado ofereceu maior familiaridade com aquilo que envolve diretamente com o que desejei pesquisar neste estudo, como os problemas reais encontrados no sindicato dos bancários sobre o retorno ao trabalho e as questões expressas pelos bancários no momento em que buscam o atendimento do sindicato.

É necessário sublinhar que o trabalho de campo é mais do que um puro ato científico de coleta de dados, é uma vivência na qual há o estabelecimento de uma relação produtora de conhecimento, ainda que o pesquisador esteja preparado metodologicamente para produzir dados objetivamente (BRANDÃO, 2007). Em consequência disso, algumas etapas foram necessárias para a realização do trabalho como, por exemplo a escolha e a aproximação no campo.

A primeira etapa deste estudo foi, naturalmente, a escolha do campo a ser investigado. Esta etapa foi determinada a partir das inferências expressas e trazidas inicialmente neste projeto, geradas a partir da análise da literatura sobre as questões desta pesquisa e elaboradas de acordo com os objetivos desta pesquisa.

A seguinte etapa é chamada por alguns autores como contaminação com o local, outros como ambiência e aculturação, mas para fins desta pesquisa chamaremos de aproximação do campo. Esta etapa é uma fase preparatória para a coleta de dados, com objetivo de permitir ao pesquisador conhecer o espaço e a rotina de trabalho do local e assimilar linguagens, valores culturais e problemáticas daquele ambiente, bem como de realizar uma entrada no campo cuidadosa, sem produzir característica de um trabalho invasor para os sujeitos da pesquisa (BRANDÃO, 2007; PACKER; TURATO, 2011). É oportuno frisar que esta etapa também possui como objetivo evitar barreiras típicas em trabalhos de campo como o sentimento de invasão de privacidade, de ideação paranoide e a expectativa de retorno imediato, do modo que foi citado no estudo de Packer; Turato (2011).

Para fins deste estudo, essa etapa também possibilitou uma articulação mais ampla dos resultados a serem apresentados. Para além da discussão dos dados coletados com o que está evidenciado na literatura sobre o tema, foi possível argumentar com o conhecimento empírico obtido através das observações diretas do campo, evidenciando maior riqueza do conteúdo produzido.

Os dados de pesquisa foram produzidos através de roteiro de entrevista com dados

sociodemográficos e ocupacionais dos participantes e questões orientadoras. A entrada no campo se deu mediante contato prévio com um membro do sindicato que atua na diretoria dos bancos públicos. A entidade forneceu carta de anuência concordando em contribuir com a pesquisa além da indicação de possíveis sujeitos de pesquisa.

A partir da aproximação com o campo também foi possível realizar a reformulação do questionário sociodemográficos e do trabalho, visto a aquisição de conhecimentos relativos as questões do retorno ao trabalho dos bancários afastados por LER/DORT que não são expressas na literatura e somente foram alcançadas com a aproximação do campo.

### **7.3. Instrumentos**

Os instrumentos utilizados foram: (a) Questionário Sociodemográfico; (b) Questionário WOQOL-bref; e (c) Questionário *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH), bem como os dados coletados no caderno de campo.

#### **7.3.1 Questionário Sociodemográfico**

Instrumento desenvolvido pela discente, a fim de compreender aspectos sobre a amostra estudada e as questões relativas ao trabalho. Algumas questões sobre a população foram abordadas, como: idade, sexo, estado civil, atividades físicas, escolaridade, tabagismo e atividades laborais. As questões envolvendo o trabalho eram relativas ao cargo, tempo na instituição e ao exercício de suas funções. Outras questões eram complementares para averiguar aspectos pertinentes à saúde física e mental e ao trabalho, tais como: questões sobre licenças de tratamento de saúde, mudança de profissão, aspectos do retorno ao trabalho, uso de álcool, psicoativos e/ou drogas ilícitas (**APÊNDICE 3**).

#### **7.3.2 Questionário WHOQOL-BREF**

É uma versão abreviada do WHOQOL-100, que contém duas questões gerais de qualidade de vida e 24 questões referentes a quatro grupo de domínios do WHOQOL-BREF, sendo eles, domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente (**ANEXO 2**). O objetivo deste é oportunizar aferições de qualidade de vida, considerando as duas últimas semanas, por meio de um instrumento que demande pouco tempo para o seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. O WHOQOL-BREF contém 26 questões,

sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOLBREF é avaliada por apenas uma questão. Assim o WHOQOL-BREF é composto por 4 domínios e produz um escore que vai de 0 a 100, sendo 0 considerado um pior *score* e 100 como o melhor *score* de qualidade de vida, como segue (FLECK *et al.*, 2000):

**Domínio 1** - Refere-se ao domínio físico e avalia os aspectos de

Questão 3 - Dor e desconforto;

Questão 4 - Dependência de medicação ou de tratamentos;

Questão 10 - Sono e repouso;

Questão 15 - Mobilidade;

Questão 16 - Atividades da vida cotidiana;

Questão 17 - Energia e fadiga;

Questão 18 - Capacidade de trabalho.

**Domínio 2** – É o domínio psicológico

Questão 5 - Sentimentos positivos;

Questão 6 - Pensar, aprender, memória e concentração;

Questão 7 - Autoestima;

Questão 11 - Imagem corporal e aparência;

Questão 19 - Sentimento negativo;

Questão 26 - Espiritualidade/religião e crenças pessoais.

**Domínio 3** – Refere-se às relações sociais e avalia os aspectos

Questão 20 - Relações pessoais;

Questão 21 - Suporte (apoio) social;

Questão 22 - Atividade sexual.

**Domínio 4** – Avalia o meio ambiente no que se refere a

Questão 8 - Segurança física e proteção;

Questão 9 - Ambiente no lar;

Questão 12 - Recursos financeiros;

Questão 13 - Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade;

Questão 14 - Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades;

Questão 23 - Participação em, e oportunidade de recreação/lazer;

Questão 24 - Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima;

Questão 25 – Transporte.

**Domínio Geral** – Avalia a qualidade de vida global e o estado de saúde geral.

### 7.3.3 Questionário DASH (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*)

O questionário DASH é um questionário de auto avaliação, composto por 30 itens, sendo específico para avaliação da função e sintomas da extremidade superior durante a semana anterior à sua aplicação.

Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população brasileira (ORFALE *et al.*, 2005). A versão em português foi testada em uma amostra de 65 pacientes de ambos os sexos, apresentando artrite reumatóide sem outras patologias que acometessem os membros superiores e com idades entre 18 e 60 anos. Nesta versão os coeficientes de correlação de Spearman para avaliação interobservador, entre os escores do DASH apresentaram valor de 0,94 e do módulo opcional 0,92 ( $p < 0,01$ ) e na correlação intraclasse para reprodutibilidade interobservador apresentaram valores de 0,99 para correlações entre os escores do DASH e 0,97 para correlações entre seus módulos opcionais ( $p < 0,01$ ). Na avaliação intra-observador, os coeficientes de correlação de Spearman entre os escores do DASH e do módulo opcional do DASH, apresentaram valores de 0,99 e 0,95 respectivamente, ( $p < 0,01$ ) e os coeficientes de correlação intraclasse para reprodutibilidade intraclasse para a reprodutibilidade intraobservador apresentaram valores de 0,90 nas correlações entre os escores do DASH e 0,96 para seus módulos opcionais, ( $p < 0,01$ ).

Seu uso inicial pela *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, em 2001, teve como objetivo mensurar a deficiência causada por vários distúrbios dos membros superiores, além do impacto do problema sobre as atividades sociais, o trabalho, sono e autoimagem (GUMMESSON; ATROSHI; EKDAHL, 2003), demonstrando validade e confiabilidade na população em geral (MCCONNEL; BEATON; BOMBARDIER, 1999; BEATON *et al.*, 2001).

Os itens do DASH questionam sobre o grau de dificuldade na realização de várias atividades físicas devido a uma disfunção no braço, ombro ou mão (21 itens), a gravidade dos sintomas de dor, dor associada à atividade, formigamento, fraqueza e rigidez (5 itens), assim como o efeito do problema em atividades sociais, trabalho, sono e impacto psicológico (4 itens).

O DASH também contém duas escalas de quatro itens opcionais: a capacidade para realizar esportes e/ou para tocar um instrumento musical, e a habilidade para trabalhar (escala de trabalho). Cada item apresenta cinco opções de resposta, que vão desde "nenhuma dificuldade ou nenhum sintoma" até "incapaz de realizar atividade ou sintoma muito grave", e é pontuado em uma escala de 1 a 5 pontos. As pontuações de todos os itens são usadas para calcular uma pontuação de escala que varia de 0 (sem deficiência) a 100 (deficiência mais severa) (ANEXO 4).

#### 7.4. Análise estatística

Os dados coletados foram armazenados no programa Excel e depois transferidos para o programa estatístico “*Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*” versão 22.

Foi realizada a análise estatística descritiva de tendência central (média) das pontuações de cada questionário das escalas DASH e de qualidade de vida (QV).

Para a verificação da associação estatística entre os desfechos binários (funcional/disfuncional; qvfisicobaixa/ qvfisicoalta; qvpsicobaixa/ qvpsicoalta; qvrscbaixa/ qvrscalta; qymabaixa/ qymaalta) e as variáveis de exposição contínua foi realizado o teste-*t Student* entre amostras independentes, ao nível de 5%, e para as variáveis de exposição contínua (idade; salário; tempo na instituição; tempo no cargo; número de afastamentos; número de afastamentos pelo mesmo motivo; horas semanais de trabalho antes do afastamento; horas semanais de trabalho atualmente) e os grupos que avaliam funcionalidade e qualidade de vida.

Além disso, considerando-se os desfechos contínuos (escore do dash, escore de QV para os quatro domínios) foi verificada a possível diferença de média, via teste- *t de Student*, ao nível de significância de 5%, entre os grupos “afastados e retornando”.

Para analisar as associações com os desfechos funcionalidade e qualidade de vida, foram criadas duas novas variáveis a partir da mediana do resultado do escore do DASH e do resultado do escore do WHOQOL-BREF. Na variável DASH foram considerados como funcional e disfuncional e na variável WHOQOL-BREF foram considerados como QV alta e QV baixa.

Sendo assim, uma nova variável binária foi criada a partir da mediana do escore DASH (75,8) chamada “funcionalidade”. Esta variável foi dicotomizada em “funcional” e “disfuncional”, onde os casos acima ou iguais de 75,8 foram considerados “disfuncionais”, e os casos abaixo, “funcionais”. Apesar da criação deste parâmetro a partir da mediana da própria

amostra, vale ressaltar que toda a amostra possui um DASH com valor consideravelmente elevado (pior score, considerado disfuncional), comparada a outras amostras. Deve-se considerar este fato durante a exposição do resultado das análises.

A partir do score de cada um dos quatro domínios do WHOQOL-BREF foram criadas novas variáveis binárias a partir da mediana encontrada. O domínio físico apresentou mediana 42,8 e foi dicotomizada em “qvfisicobaixa”, para aqueles abaixo da mediana e “qvfisicoalta” para aqueles acima da mediana. No domínio psicológico a mediana encontrada foi de 54,1 e foi dicotomizada em “qvpsicobaixa”, para aqueles abaixo da mediana e “qvpsicoalta” para aqueles acima da mediana. O domínio de relações sociais foi dicotomizado em “qvrscbaixa” para aqueles abaixo da mediana (58,3) e em “qvrscalta” para aqueles acima de mediana. Por fim, o domínio meio ambiente apresentou mediana de 45,3 e foi dicotomizado em “qvmabaixa”, para os bancários encontrados abaixo da mediana, e “qvmaalta” para os bancários encontrados acima da mediana da amostra estudada.

## 8. RESULTADOS e DISCUSSÃO

Do total de 16 bancários entrevistados, 13 (81,3%) eram do sexo feminino e 3 (18,8%) masculino. A média de idade foi de 46 anos (DP= 6,3) variando de 35 a 55 anos. Um pouco mais da metade dos trabalhadores (62%) era casada ou vivia com o companheiro (a). Quanto à escolaridade, pôde-se observar que apenas 4 participantes (25%) não completaram o ensino médio e 5 trabalhadores (31%) possuíam mais do que nível superior.

Faz-se importante ressaltar o fato de que esta amostra foi composta por 81,3% de mulheres e que, de acordo com a literatura, este fato não se apresenta ao acaso. Em 2001, o Ministério da Saúde lançou um fascículo chamado “LER/DORT: dilemas, polêmicas e dúvidas” com objetivo de esclarecer para profissionais de saúde e segurança no trabalho, trabalhadores, sindicatos e representantes de empresa questões polêmicas sobre a temática. Dentre os 40 aspectos trabalhados neste documento, um capítulo foi direcionado para destacar o adoecimento das mulheres por LER/DORT. Este capítulo expõe que vários serviços de atenção à saúde do trabalhador apresentam uma maior prevalência de mulheres acometidas, mas que, ainda assim para afirmar-se precisamente que mulheres são mais atingidas por LER/DORT do que homens é necessário comparar amostras homogêneas, compostas por trabalhadores de ambos os sexos, submetidos a condições de trabalho semelhantes, entre outros aspectos.

Diante dessa realidade, estudos como os de Carlotto (2003) e de Mallar; Capitão (2004) também apontam que a diferença do adoecimento em relação ao gênero pode estar relacionada a três questões: responsabilidade familiar, tipo de ocupação e papel do sexo na socialização. As autoras também destacam que, em relação ao tipo de ocupação, um dos motivos dessa diferença é que as mulheres tendem a ocupar postos de menor qualificação e participação no trabalho.

Retomando a descrição da amostra estudada, a média de tempo trabalhando na mesma instituição é 19 anos, variando de 6 a 34 anos. Já no que diz respeito ao número de afastamentos a média foi de 4 afastamentos (DP= 2), sendo a média de afastamentos pelo mesmo motivo também igual a 4 (DP= 2). Quanto à jornada de trabalho tanto antes do afastamento quanto após afastamento se manteve em 39 h semanais, com desvio padrão 15 e 10, respectivamente.

Pouco menos da metade dos bancários (43,8%) encontravam-se afastados do trabalho enquanto o restante já estava em situação de retorno ao trabalho. Em relação ao reconhecimento legal da relação da sua doença com o trabalho, 62,6% obtiveram este reconhecimento através da concessão do benefício auxílio doença-acidentário (B91). Quando questionados sobre a sua

percepção sobre a existência desta relação do seu trabalho com o motivo de seu afastamento 100% (n=16) da amostra disse que sim, totalmente. Apesar de 100% concordarem com a existência de umnexo causal, apenas 87% disseram que identificam algo que poderiam modificar no próprio trabalho atualmente.

Não se pode deixar de frisar que esse dado concorda com relatos encontrados na literatura que apontam que mais do que a metade dos bancários percebem que o ambiente de trabalho em que vivem pode os levar ao adoecimento (BRUNO, 2011).

Quanto a experiência de retorno ao trabalho 53,3% relataram não ter existido alguma transformação no trabalho para que seu adoecimento fosse evitado, enquanto 26,7% disseram ter havido mais ou menos, 13,3% um pouco e somente 6,7% afirmaram a existência de transformações no sentido de evitar a recidiva do adoecimento. Ainda sobre o retorno ao trabalho 86,7% dos bancários expôs achar necessário haver algum tipo de apoio especializado para retornar ao trabalho. Apesar do reconhecimento dessa necessidade nenhum dos bancários confessou que ter participado de algum programa de retorno ao trabalho os ajudou totalmente, 27,3% disseram que ajudou um pouco, 45,5% disseram que ajudou mais ou menos e 27,3% relataram não ter ajudado. Apenas 4 bancários (26,7%) não participaram de nenhum programa de retorno ao trabalho. Dos bancários que participaram de algum programa de retorno ao trabalho apenas 1 disse ter sido de origem do INSS.

Cabe destacar que a Saúde do Trabalhador traz como base os princípios do SUS, que propõem ações preventivas e de promoção da saúde, participação social, integralidade, acesso universal, dentre outros (MINAYO-GOMEZ, 2011). Mattos (2005) quando disserta acerca da integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, sistematiza três conjuntos de sentido para a integralidade: “a ‘integralidade’ como traço da boa medicina, a ‘integralidade’ como modo de organizar as práticas e a ‘integralidade’ como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (MATTOS, 2005).” Neste momento o destaque vai para a ‘integralidade’ como modo de organizar as práticas:

“(…) a ‘integralidade’, como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa ‘horizontalização’ dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o

desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade (PINHEIRO, 2009).”

Como observado na amostra, nenhum bancário relatou que ter participado de um programa de retorno ao trabalho os ajudou totalmente. Comumente os programas oferecidos nesse sentido, dos quais os bancários relataram ter participado, são de iniciativa do próprio banco. É permitido supor que a efetivação do sentido da integralidade nas práticas das políticas de saúde como um todo, em especial nas políticas de saúde do trabalhador, produziria programas de retorno ao trabalho mais eficientes.

Registros do caderno de campo apontam para opiniões contrárias dos participantes da pesquisa a respeito do real objetivo dos programas de retorno ao trabalho oferecidos pelos bancos. Tais dados corroboram a publicação dos sites do Sindicato dos Bancários e Financiários de São Paulo, Osasco e Região e também do Sindicato do Ceará que denunciam as práticas desses programas e as apontam como apenas “uma forma de administrar a questão dos afastados e se resguardar de eventuais procedimentos jurídicos” e como um programa “implantado de forma unilateral e em vez de auxiliar o bancário em muitos casos acaba prejudicando” (ROSA, 2015; ROUSSELET, 2016).

Ainda sobre a necessidade de resgatar do sentido da integralidade como modo de organizar as práticas para o sucesso de programas de retorno ao trabalho, cabe citar o guia de retorno ao trabalho, que foi resultado de um estudo financiado pelo *Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST)* em 2014. O guia produzido por St-Arnaud; Pelletier (2014) e traduzido para o português pela Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo em 2016, destaca que a consumação do programa de retorno ao trabalho apenas é possível a partir da articulação de diferentes atores, dentre eles: o trabalhador, seus superiores, sindicato, os médicos de trabalho e o serviço de saúde. O guia realça como condição essencial para o sucesso do programa a coordenação das práticas adotadas pelas várias equipes envolvidas no processo de reabilitação/retorno ao trabalho. Essa coordenação permite o desenvolvimento de práticas coerentes com os princípios subjacentes ao programa. Para isso, é necessário que haja colaboração entre os diversos atores, internos e externos à empresa, e que seja definido claramente o papel de cada um.

Prosseguindo com os resultados, e para dar início à análise dos dados da pesquisa quanto ao retorno dos bancários pós-licença, foi realizado o cálculo de média e mediana para criação

de novas variáveis de análise. As novas variáveis foram criadas a partir das medianas, considerando o alto desvio padrão em parte das variáveis analisadas. Assim, buscou-se dividir a amostra em relação a dois grupos dentro de cada variável, os que estão acima da mediana e abaixo da mediana (**Quadro 1**).

Com a finalidade de analisar as associações com o desfecho desejado (funcionalidade e qualidade de vida) foram criadas duas novas variáveis a partir da mediana do resultado do *score* do DASH e do resultado do *score* do WHOQOL-BREF. Na variável DASH foram considerados como funcional e disfuncional e na variável WHOQOL-BREF foram considerados como baixa qualidade de vida e alta qualidade de vida.

Sendo assim, a mediana do DASH, que é de 75,8, fez com que a criação da nova variável chamada “funcionalidade” fosse dicotomizada em “funcional” e “disfuncional”, na qual os casos acima ou iguais de 75,8 foram considerados “disfuncionais” os casos abaixo “funcionais” (**Quadro 2**).

Já no caso do WHOQOL-BREF para cada domínio foram criadas novas variáveis a partir da mediana, sendo que os valores abaixo da mediana foram considerados baixa QV e os valores acima da mediana foram considerados alta QV (**Quadro 3**).

O **Quadro 1** apresenta análises da amostra de bancários com retorno ao trabalho. As variáveis criadas foram salário, tempo no banco, tempo no cargo, número de afastamentos, número de afastamentos iguais e horas de trabalho antes do afastamento.

**Quadro 1.** Cálculo de média e mediana, bancários, 2017.

	salario	tmp_inst	tmp_cargo	n_afast	n_afast_igual	h_trab_antes
Média	5701,60	19,13	8,06	4,54	4,23	39,31
N	10	16	16	13	13	16
Desvio Padrão	3057,987	9,258	4,669	2,367	2,682	15,547
Mediana	5250,00	18,00	8,00	4,00	3,00	40,00

Salario= Salário em reais (R\$); tmp\_inst= tempo na instituição; tmp\_cargo= tempo no cargo; n\_afast= número de afastamentos; n\_afast\_igual= número de afastamentos pelo mesmo motivo; h\_trab\_antes= horas semanais de trabalho antes do afastamento; N= número total de respondentes.

O **Quadro 2** expressa a mediana das respostas obtidas com o questionário DASH e o **Quadro 3** expressa a mediana das respostas obtidas com o questionário WHOQOL-BREF, ambos aplicados em bancários participantes do estudo.

**Quadro 2.** Cálculo de mediana na aplicação do questionário DASH, bancários, 2017.

Média	N	Desvio Padrão	Mediana
74,6813	16	17,67363	75,8300

**Quadro 3.** Cálculo de mediana de na aplicação do questionário WHOQOL-BREF em todos os domínios, bancários, 2017.

	Whoqol-Dom1:Físico	Whoqol-Dom2: Psicológico	Whoqol-Dom3: Relações Sociais	Whoqol-Dom4:Meio-ambiente
N	16	16	16	16
Desvio Padrão	10,90066	15,59024	25,06781	15,52966
Mediana	42,8571	54,1667	58,3333	45,3125

Com a realização do Teste- *t Student*, buscou-se verificar se a funcionalidade e a qualidade de vida do bancário, em todos os seus domínios, são influenciadas pela sua situação atual (afastado ou retornando ao trabalho). A um nível de significância de 0,05 é possível dizer que foram obtidas evidências empíricas para confirmar que nesta amostra a funcionalidade e a qualidade de vida dos bancários não é alterada pela sua situação atual. Com isso podemos observar que o bancário acometido por LER/DORT, mesmo após a alta de tratamento e declarados aptos para retornar ao trabalho, segue apresentando sintomas que alteram sua funcionalidade nos membros superiores e produzindo um impacto na sua qualidade de vida tanto quanto no momento em que estavam afastados (**Tabela 1**).

A respeito desse resultado, alguns questionamentos se fazem necessários neste estudo, como: se o bancário afastado e o bancário retornando ao trabalho não possuem diferenças estatisticamente significativas na avaliação de funcionalidade, o que faz o bancário que está retornando ao trabalho ser considerado apto para tal? Para avançarmos nesta discussão é

oportuno retomar os sentidos da integralidade propostos por Mattos (2005), neste momento, direcionaremos o foco para o primeiro sentido descrito como “a ‘integralidade’ como traço da boa medicina”. Este primeiro sentido é descrito como:

“Uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos. A ‘integralidade’ está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A ‘integralidade’ está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (PINHEIRO, 2009).”

No que diz respeito à necessidade de se ampliar o olhar para a saúde, a OMS considera, como exposto através da CIF, o desempenho de atividades e a participação social como elementos básicos para a realização de uma avaliação da condição de saúde/doença. Tal consideração vai ao encontro da necessidade, citado por Mattos (2005), de um olhar integral como chave para atuação de uma boa medicina, bem como, da necessidade de ampliação do conceito de capacidade laborativa exposto por Toldrá *et al.* (2010) e Silva; Camarotto (2016). Os autores sugerem que para a ampliação do conceito de capacidade laborativa é indispensável buscar a compreensão de que todos podem contribuir em um processo de trabalho, bem como devem ser avaliados em sua particularidade.

Somado a estas questões, convém observar que a necessidade de um olhar ampliado durante a avaliação da capacidade para retorno ao trabalho se dá tanto pelo fato de que os danos gerados pelas LER/DORT não atingem somente as estruturas musculoesqueléticas, quanto pelo fato de que são geradas não somente por fatores biomecânicos. A vasta literatura sobre o tema aponta que os fatores de riscos para LER/DORT, além dos biomecânicos facilmente identificáveis, incluem: a competitividade; a pressão; o isolamento do trabalhador; o medo; a angústia; e entre outros. A literatura aponta também que os sintomas se manifestam para além do aparelho musculoesquelético, e também se expressam em forma de sofrimento psíquico e fragilização somática (MAENO, 2011; ROSSI, 2011). Considerando todos esses elementos parece conveniente dizer que as perícias não devem reduzir sua avaliação somente aos sintomas descritos pela CID-10 e nem devem ser realizadas apenas sob o olhar da medicina. Diversos estudos indicam que ações que envolvem o processo de retorno ao trabalho quando

desenvolvido por equipes profissionais com diferentes saberes técnicos científicos, possuem resultados mais favoráveis (TAKAHASHI; CANESQUI, 2003; SAMPAIO *et al.*, 2005).

Nesse sentido, é oportuno dizer que a utilização do modelo da CIF nesse processo, ao relacionar estruturas e funções do corpo com atividade, participação e contextos ambientais, tem potencial para permitir aos profissionais de saúde e de gestão de serviços uma visão ampliada das condições de saúde dos trabalhadores e da capacidade para retorno do trabalhador afastado por LER/DORT. O uso desta classificação pode ser útil na condução das perícias, no gerenciamento dos serviços, sistemas e políticas das diferentes áreas. Dessa forma, a CIF também favorece a administração das demandas e as ações da reabilitação do afastamento crônico (TOLDRÁ *et al.*, 2010).

Desse modo, ainda sobre o fato de que nesta amostra a funcionalidade e a qualidade de vida dos bancários não apresenta diferença estatisticamente significativa entre os que estão afastados e os que estão retornando, outro questionamento que cabe ser realizado é: a que serviços de reabilitação esses bancários passaram que não produziram melhoras nos sintomas do membro superior nem na qualidade de vida? Apesar da amostra desta pesquisa ser pequena a literatura também expõe a existência desta problemática (TOLDRÁ *et al.*, 2010; ROSSI, 2011).

Com o intuito de apresentar as dificuldades encontradas pelos bancários no processo de reabilitação após afastamentos por LER/DORT e Rossi (2011) expõem quatro desencontros:

“Primeiramente, dele com a instituição de vínculo, onde é visto apenas como um corpo útil, sendo-lhe negada a condição de sujeito. Em seguida, o desencontro com o médico que, diante da dificuldade de um diagnóstico preciso, não sabe ao certo o que acontece com o trabalhador: é quando surge, então, a figura do fisioterapeuta, que não percebe como a aplicação das mesmas técnicas utilizadas em outros pacientes se tornam, nos casos de LER/DORT, ineficazes para atingir a causa da dor, que conduziu o bancário a uma experiência real de isolamento e desamparo. Por último o desencontro com o psicoterapeuta (devido ao quadro depressivo provocado pelo afastamento do trabalho) que, essencialmente direcionado ao sofrimento intrapsíquico de cada bancário, isolado das situações reais de trabalho, relegou o corpo físico e a concretude da dor, levando o bancário ao desencontro consigo mesmo, com seus desejos, sentimentos, limites do seu corpo e sua identidade.”

Diante dos desencontros colocados pelos autores, é neste contexto onde pode-se pensar

a figura do terapeuta ocupacional como um profissional potente para auxiliar no processo de reabilitação e retorno ao trabalho. Há de se considerar que é oportuno ter, durante o processo de retorno ao trabalho, um profissional que enxergue a questão da capacidade para o trabalho e do desempenho ocupacional nas suas mais diversas instâncias e contextos, comprovando que não basta tratar inflamações e “consertar partes”. Segundo Cordeiro (2005) “é preciso colocar estas ‘partes’ em um funcionamento que considere o histórico ocupacional e o desempenho no contexto a partir de desejos, potenciais e limitações do sujeito”.

**Tabela 1.** Análise da funcionalidade e dos domínios de qualidade de vida de acordo o desfecho situação atual (afastado do trabalho ou retornando ao trabalho) via Teste-t de *Student*, bancários, 2017 (n=16).

Variáveis	Situação Atual		P valor
	Afastado	Retornando	
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>DASH</b>	78,08 (11,25)	72,03 (21,73)	0,516
<b>Domínio físico</b>	49,59 (12,07)	44,84 (10,11)	0,406
<b>Domínio psicológico</b>	55,59 (16,95)	52,31 (15,32)	0,691
<b>Domínio relações sociais</b>	71,58 (18,41)	50,00 (26,35)	0,087
<b>Domínio meio ambiente</b>	50,29 (13,28)	43,40 (17,21)	0,397

\*Teste *t Student*;  $p > 0,05$ .

Para a próxima análise foi criada a variável situação atual a partir da antiga variável situação. A antiga variável era dividida em 4 categorias de resposta (afastados com b31, afastados com b91, retornando após b31 e retornando após b91) e foi transformada em uma variável com apenas duas categorias (afastados e retornando) buscando assim maior significância nas análises (**Quadro 4**).

**Quadro 4.** Variáveis analisadas com a população de bancários afastados e retornando pós-licença, 2017.

Estatísticas de grupo					
	afastadoouretornando	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
idade	afastado	7	47,57	5,442	2,057
	retornando	8	46,13	7,376	2,608
salario	afastado	5	6025,20	4176,024	1867,575
	retornando	5	5378,00	1827,408	817,242
tmp_inst	afastado	7	13,71	5,345	2,020
	retornando	9	23,33	9,682	3,227
tmp_cargo	afastado	7	7,86	5,581	2,109
	retornando	9	8,22	4,177	1,392
n_afast	afastado	7	4,57	2,070	,782
	retornando	6	4,50	2,881	1,176
n_afast_igual	afastado	7	4,00	2,708	1,024
	retornando	6	4,50	2,881	1,176
h_trab_antes	afastado	7	42,00	12,437	4,701
	retornando	9	37,22	18,054	6,018
h_trab_atual	afastado	5	41,00	7,416	3,317
	retornando	9	38,33	12,000	4,000

Idade = idade em anos; salario= Salário em reais (R\$); tmp\_inst= tempo na instituição; tmp\_cargo= tempo no cargo; n\_afast= número de afastamentos; n\_afast\_igual= número de afastamentos pelo mesmo motivo; h\_trab\_antes= horas semanais de trabalho antes do afastamento; h\_trab\_atual= horas semanais de trabalho atualmente; N= número total de respondentes.

O **Quadro 5** apresenta a aplicação do *teste t* de amostras independentes, buscando ver se algum grupo se comporta de maneira diferenciada em relação ao desfecho de funcionalidade (funcional ou disfuncional).

**Quadro 5.** Variáveis analisadas com a população de bancários, 2017, em relação ao desfecho de funcionalidade (funcional ou disfuncional).

**Estatísticas de grupo**

	funcionalidade	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
idade	disfuncional	7	47,71	5,438	2,055
	funcional	8	46,00	7,348	2,598
salario	disfuncional	5	4425,20	1927,427	861,972
	funcional	5	6978,00	3640,387	1628,031
tmp_inst	disfuncional	8	22,00	8,619	3,047
	funcional	8	16,25	9,513	3,363
tmp_cargo	disfuncional	8	6,50	4,751	1,680
	funcional	8	9,63	4,307	1,523
n_afast	disfuncional	6	5,17	3,061	1,249
	funcional	7	4,00	1,633	,617
n_afast_igual	disfuncional	6	5,17	3,061	1,249
	funcional	7	3,43	2,225	,841
h_trab_antes	disfuncional	8	41,75	12,714	4,495
	funcional	8	36,88	18,512	6,545
h_trab_atual	disfuncional	6	40,00	6,325	2,582
	funcional	8	38,75	13,036	4,609
Whoqol- Dom1:Físico	disfuncional	8	43,7500	7,81296	2,76230
	funcional	8	50,0893	13,06207	4,61814
Whoqol- Dom2: Psicológico	disfuncional	8	52,6042	13,53594	4,78568
	funcional	8	54,8958	18,29236	6,46733
Whoqol- Dom3:Relações Sociais	disfuncional	8	55,2083	26,32877	9,30863
	funcional	8	63,6806	24,74551	8,74886
Whoqol- Dom4:Meio-ambiente	disfuncional	8	45,7031	13,14598	4,64780
	funcional	8	47,1354	18,51498	6,54603
Whoqol: Avaliação de QV	disfuncional	8	34,3750	12,93873	4,57453
	funcional	8	46,8750	20,86307	7,37621
Whoqol: QV geral	disfuncional	8	29,6875	11,45157	4,04874
	funcional	8	37,5000	18,89822	6,68153

Idade = idade em anos; salario= Salário em reais (R\$); tmp\_inst= tempo na instituição; tmp\_cargo= tempo no cargo; n\_afast= número de afastamentos; n\_afast\_igual= número de afastamentos pelo mesmo motivo; h\_trab\_antes= horas semanais de trabalho antes do afastamento; h\_trab\_atual= horas semanais de trabalho atualmente; N= número total de respondentes.

O **Quadro 6** apresenta a análise que teve por objetivo ver quais grupos se comportam de maneira diferenciada em relação ao desfecho qualidade de vida, sendo esta variável dividida em duas categorias (baixa qualidade de vida e alta qualidade de vida).

**Quadro 6.** Variáveis analisadas com a população de bancários, 2017, em relação ao desfecho baixa qualidade de vida e alta qualidade de vida geral.

**Estadísticas de grupo**

	qualidadedevida	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
idade	baixaqv	9	46,78	7,328	2,443
	altaqv	6	46,83	5,231	2,136
salario	baixaqv	7	5841,43	3514,638	1328,408
	altaqv	3	5375,33	2189,663	1264,203
tmp_inst	baixaqv	9	19,67	10,747	3,582
	altaqv	7	18,43	7,700	2,910
tmp_cargo	baixaqv	9	7,78	4,969	1,656
	altaqv	7	8,43	4,614	1,744
n_afast	baixaqv	6	4,00	1,549	,632
	altaqv	7	5,00	2,944	1,113
n_afast_igual	baixaqv	6	4,00	1,549	,632
	altaqv	7	4,43	3,505	1,325
h_trab_antes	baixaqv	9	42,22	17,420	5,807
	altaqv	7	35,57	13,062	4,937
h_trab_atual	baixaqv	8	41,38	6,823	2,412
	altaqv	6	36,50	14,053	5,737
dash	baixaqv	9	78,4167	11,62432	3,87477
	altaqv	7	69,8786	23,51354	8,88728
Whoqol- Dom1:Físico	baixaqv	9	43,7302	8,91984	2,97328
	altaqv	7	51,0204	12,49392	4,72226
Whoqol- Dom2: Psicológico	baixaqv	9	51,5741	17,96237	5,98746
	altaqv	7	56,5476	12,69686	4,79896
Whoqol- Dom3:Relações Sociais	baixaqv	9	50,1235	16,21322	5,40441
	altaqv	7	71,4286	30,37464	11,48054
Whoqol- Dom4:Meio-ambiente	baixaqv	9	47,1065	13,96356	4,65452
	altaqv	7	45,5357	18,47517	6,98296

Idade = idade em anos; salario= Salário em reais (R\$); tmp\_inst= tempo na instituição; tmp\_cargo= tempo no cargo; n\_afast= número de afastamentos; n\_afast\_igual= número de afastamentos pelo mesmo motivo; h\_trab\_antes= horas semanais de trabalho antes do afastamento; h\_trab\_atual= horas semanais de trabalho atualmente; N= número total de respondentes

A presença de doenças relacionadas ao trabalho tem sido largamente descrita na literatura e a quantidade de diagnósticos de distúrbios musculoesqueléticos de natureza ocupacional, acompanhado de complicações emocionais e cognitivas, vem crescendo rapidamente, fruto de uma maior compreensão da relação entre esses fatores.

Porém, significativamente somente as variáveis tempo no cargo e salário se mostraram diferentes. Considerando a variável tempo no cargo foi possível obter evidências empíricas que para o bancário afastado por LER/DORT, o tempo no cargo não tem influência na qualidade de vida; entretanto, possui influência na funcionalidade do bancário.

Já em relação a variável salário, foi possível obter evidências empíricas que para o bancário afastado por LER/DORT, o salário não tem influência na qualidade de vida, mas possui influência na funcionalidade do bancário. Vale destacar que esta variável tem uma perda importante de respostas, visto que apenas 10 bancários (n=16) declaram o seu salário. Embora essa perda seja significativa destaca-se a necessidade de olhar para esse achado.

Todas as outras variáveis não apresentaram comportamento diferentes entre seus grupos. Ou seja, a partir da análise de comparação dos grupos não foi possível achar evidências quanto a influência de um grupo sobre os desfechos ora citados.

Os resultados evidenciam, a partir da existência da média de 4 afastamentos pelo o mesmo motivo, a urgência de considerar a presença da cronicidade da dor. Rossi (2011), em seu capítulo no livro “Saúde dos bancários”, aponta este fato como uma das principais dificuldades do retorno ao trabalho. A autora agrega à cronificação, a partir da discussão com outros autores como Dejourns, Grisci, Molinier e Uchida, o fato de que os bancários perdem suas estratégias de defesa quando experimentam períodos de afastamento, e à aceleração que é vivenciada no trabalho e experimentada também fora dele. Dejourns (2007) apud Rossi (2011) considera que “o fracasso da reabilitação de saúde também tem ligação com o investimento dos bancários nesse processo, porque é preciso muito esforço para suportar”. Ainda que tais fatos claramente tenham influência sobre o processo de retornar ao trabalho, é oportuno sublinhar a necessidade de superarmos o olhar para as dificuldades de retornar ao trabalho como dificuldades a serem enfrentadas especialmente pelos trabalhadores. Ainda que a literatura concorde com a influência dos fatores da organização do trabalho neste processo, pouco se encontra estudos que trabalhem e direcionem suas discussões para a necessidade de se “reabilitar o trabalho”.

Não parece mais lógico dizer que uma determinada atividade de trabalho adocece

constantemente trabalhadores ao invés de dizermos que bancários afastam muito do trabalho? Mudando o sujeito da frase, mudamos os sujeitos de nossas pesquisas e direcionamos o nosso olhar para a verdadeira origem do problema LER/DORT. Neste momento, é pertinente resgatarmos novamente os sentidos da integralidade. Enfim, direcionarei a discussão para o último sentido citado por Mattos (2005) como a ‘integralidade’ como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. Pinheiro (2009) apresenta este sentido como sendo um direcionamento das políticas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional. Com base nesse sentido podemos conduzir nossas ações a partir da visão de que o problema LER/DORT precisa de uma resposta política e de que a saúde do trabalhador seja uma dimensão trabalhada em diferentes níveis de atenção à saúde, e não somente dentro dos serviços de saúde do trabalhador.

As ações de retorno ao trabalho devem ser voltadas para a transformação de situações de trabalho, objetivando contribuir para a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores, bem como, para a economia nacional, através da manutenção do emprego e na diminuição de gastos na saúde e previdência social (TOLDRÁ *et al.*, 2010).

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é um dos primeiros estudos a realizar uma análise do retorno ao trabalho de bancários afastados por LER/DORT, em uma amostra relativamente significativa.

O sistema bancário ocupa posição de vanguarda na vivência das intensas transformações estruturais motivadas pela reestruturação produtiva no país (SILVA; NAVARRO, 2012). Como resultado dessas transformações, a categoria apresenta anualmente altos índices de afastamentos pela Previdência Social (CONTRAF-CUT, 2014) e que, no ano de 2015, mais da metade dos bancários atendidos nos Centros de Referência e Saúde do Trabalhador (CRST) no município de São Paulo apresentaram taxas expressivas de transtorno mental (54%) e de LER/DORT (30,39%) (ARRAIS, 2015).

Diante dessa situação, o bancário adoecido e fragilizado dificilmente encontra recursos para lutar contra a percepção da dor, que caminha pelo corpo, além do medo e da angústia e dos constrangimentos sofridos, que ameaçam a produtividade e, por conseguinte, o retorno e a permanência no trabalho (ROSSI, 2011).

A amostra estudada corroborou com os dados encontrados na literatura que mostram que volta para o trabalho ocorre, na maior parte das vezes, para a mesma tarefa que gerou o adoecimento do bancário, sem que haja alguma transformação para que seu adoecimento seja novamente evitado. Na volta para o trabalho, comumente os sintomas agravam e os bancários não conseguem permanecer na atividade e entram novamente de licença médica. Nesse impasse a saúde fica mais fragilizada ante os fracassos no tratamento e da tentativa de volta para o trabalho, sem que tenha havido a reabilitação devida. (ROSSI,2011).

Os resultados apresentados neste estudo evidenciam a necessidade da ampliação do olhar para a avaliação da capacidade para retorno ao trabalho e corroboram com outros estudos sobre trabalhadores afastados por LER/DORT. Evidenciam também a indispensabilidade de “reabilitar o trabalho” para receber trabalhadores, ao invés de se insistir em modelos fracassados de reabilitação das LER/DORT.

Além disso, este trabalho buscou apresentar elementos que possam auxiliar na criação de programas de retorno ao trabalho eficazes. O primeiro deles diz respeito ao resgate do conceito de integralidade em todos os seus sentidos como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania (PINHEIRO, 2009).

O segundo deles, indo ao encontro do resgate da integralidade, diz respeito ao uso da CIF como uma classificação que oferece “subsídios para uma visão mais abrangente, integral, articulada e sistematizada das informações referentes aos diversos componentes de saúde e funcionalidade humana que afetam a vida dos trabalhadores” (TOLDRÁ et al, 2010). O uso da CIF durante o processo de perícia permitiria uma ampliação do olhar para a capacidade de trabalho e contribuiria para a construção de uma política de retorno ao trabalho que se apresenta também como uma política de prevenção de incapacidades.

Por fim, o último elemento apresentado neste trabalho foi acerca da habilidade do terapeuta ocupacional em atuar nos processos de retorno ao trabalho, visto que, a constituição da profissão se dá pela busca da habilitação, reabilitação e promoção da saúde e do bem estar dos indivíduos através da crença de que “o envolvimento ativo na ocupação promove, facilita, apoia e mantém a saúde e a participação” (AOTA, 2015). Além disso, de acordo com alguns autores, a profissão nasce originalmente relacionada ao contexto de retorno ao trabalho na conjuntura pós guerra.

Não se pretendeu com este estudo investigar todos os aspectos do retorno ao trabalho e da funcionalidade dos bancários afastados por LER/DORT, mas sim trazer algumas informações analisadas sobre esta relação. Este estudo apresentou como limite a abrangência restrita aos bancários que já tiveram alguma experiência de retorno ao trabalho, e também a análise de apenas dezesseis trabalhadores, o que fornece fragilidades à generalização, por isso a importância de futuros estudos sobre esta mesma temática.

De forma geral, os resultados deste estudo poderão estimular a produção de maior conhecimento científico sobre a relação entre o controle do processo de adoecimento e as possibilidades de retorno ao trabalho de trabalhadores afastados por LER/DORT, uma vez que essa problemática depende de uma melhor compreensão dos aspectos preventivos das doenças relacionadas ao trabalho, envolvendo: mudanças no ambiente de trabalho, nos dispositivos de saúde, na previdência, nas empresas, nos sindicatos, e nos trabalhadores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACCORSI, A. Automatização: bancos e bancários. São Paulo. SP. Dissertação de Mestrado em Administração — USP/FEA, 1990.
- AJZEN, I.; FISHBEIN, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.
- ANTUNES, L. R. Reestruturação produtiva e sistema bancário: movimento sindical bancário brasileiro nos anos 90. Tese de Doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia, 2001.
- ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? 10ª ed. São Paulo: Editora UNICAMP, 2005.
- ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16 e. São Paulo: Cortez, 2015.
- ARRAIS, L. Adoecimento bancário preocupa especialistas. Notícias. Sindicato dos Bancários e Financieiros de São Paulo, Osasco e Região. São Paulo, 2015. Disponível em <http://spbancarios.com.br/12/2015/adoecimento-bancario-preocupa-especialistas>
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 26, p. 1-49, apr. 2015. ISSN 2238-6149. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496>
- BEATON, D.E.; KATZ, J.N.; FOSSEL, A.H.; WRIGHT, J.G.; TARASUK, V.; BOMBARDIER, C. Measuring the whole or the parts. Validity, reliability and responsiveness of the disabilities of the arm, shoulder and hand outcome measure in different regions of the upper extremity. Journal of hand therapy, 14:128–46, 2001.
- BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 7 maio 1999. Republicado em 12 de maio de 1999. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>
- BRASIL. Lei nº 8.213/91, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 25 jul. 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm)
- BRASIL. Lei nº 8.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes

e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho : lesões por esforços repetitivos (LER) : distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Brasília/DF, 2015.

CABRAL, L.H.A.; SAMPAIO, R.F.; FIGUEIREDO, I.M.; MANCINI, M.C.. Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem quali-quantitativa. Rev. bras. fisioter., 14(2):149-157, 2010.

CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. Terapia ocupacional no brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo. Plexos, 2001.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em professores: prevalência e fatores associados. Psic.: Teor. e Pesq., 27(4):403-410, 2011.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.

CAZEIRO, A.P.M.; BASTOS, S.M.; SANTOS, E.A. A Terapia Ocupacional e as atividades da vida diária: atividades instrumentais da vida diária e tecnologia assistiva. Fortaleza: ABRATO, 2011.

CHENG, H.M.S. Disabilities of the arm, shoulder and hand – Dash: análise da estrutura fatorial da versão adaptada para o português / Hercília Martins da Silva Cheng. – Belo Horizonte, 2006. 57f.

CHIAVEGATO FILHO, L. G., PEREIRA JUNIOR, A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. Interface (Botucatu), 8(14):149-162, 2004.

COFFITO. Definição de Terapia Ocupacional. Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=46](http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=46)

CONTRAF-CUT. Contraf-CUT discute formas de combate ao adoecimento dos bancários: somente em 2013 foram 18.671 afastamentos de bancários por problemas de saúde. Notícias. São Paulo, 2014. Disponível em <https://cut.org.br/noticias/contraf-cut-discute-formas-de->

[combate-ao-adoecimento-dos-bancarios-fb3e/](#)

DAVID, M.L. A transformação dos processos de trabalho e a descaracterização da profissão de bancário. 4ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão. Santa Catarina: UFSC; 2004.

FARIAS, N; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev. bras. epidemiol., 8(2):187-193, 2005.

FLECK, M.P.A., LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; TASCONE, L.S.; PINZON, V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life Whoqol-Bref. Rev Saúde Pública; 34(2):178-83, 2000.

GEHM, T. C. As transformações no sistema bancário e a hostilidade nas condições de trabalho: um olhar a partir do Banco do Brasil. Dissertação de Mestrado. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia, 2013.

GUMMESSON, C.; ATROSHI, I.; EKDAHL, C. The disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) outcome questionnaire: longitudinal construct validity and measuring self-rated health change after surgery. BMC Musculoskeletal Disorders, 4(11):1-6, 2003.

IIDA, I; Ergonomia: Projeto e Produção; Editora Edgard Blücher LTDA; 9 ed. São Paulo, SP; 1990.

SAYD, J D. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Physis, 12(1):194-197, 2002.

JINKINGS, N. Trabalho e resistência na fonte misteriosa: os bancários em face a reestruturação capitalista. Tese de Doutorado. Campinas, SP, 2000.

LACAZ, F.A.C.; MACHADO, J.M.H.; FIRPO, M. Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. São Paulo: Abrasco/Opas; 2002

LANCMAN, S. Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional. São Paulo: Roca, 2004.

LANCMAN, S.; BARROS, J.O.; JARDIM, T.A. Teorias e práticas de retorno e permanência no trabalho: elementos para a atuação dos terapeutas ocupacionais. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 27(2):101-108, 2016.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M.I.G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. . Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 13(2):44-50, 2002.

LAURELL, A.C.; NOBRIEGA, M. O Estudo do Processo de Trabalho e Saúde: Análise Crítica de quatro propostas metodológicas. In: Processo de Produção e Saúde Trabalho e Desgaste

Operário. Hucitec, 1989.

LELIS, C.M.; BATTAUS, M.R.B.; FREITAS, F.C.T.; ROCHA, F.L.R.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 477-482, 2012.

LOPES, R.E.; SANTOS, G.D.H.S.A. A (in)elegibilidade de trabalhadores encaminhados ao Programa de Reabilitação Profissional do INSS. *Rev. katálysis*, 18(2):151-161, 2015.

MAENO, M; VILELA, R.A.G. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev. bras. saúde ocup.*, 35(121):87-99, 2010.

MALLAR, S.C.; CAPITÃO, C.G. Burnout e hardiness: Um estudo de evidência de validade. *Psico-USF*, 9(1):19-29. 2004.

MARX, K. O capital. V. I, tomo 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MARTINS, A.A. A dor na doença musculoesquelética associada ao trabalho. *J. N. Cadernos de Psicologia*, 12(12):10-15, 2002.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MCCONNELL S.; BEATON D. E.; BOMBARDIER C. *Disabilities of the arm, shoulder and hand: the DASH outcome measure user's manual*. First Edition. Institute for Work & Health, Toronto, Ontario 1999.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saúde Pública*. 25(5):341-9, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In. MINAYO-GOMEZ, C; MACHADO, J. M. H.; PENNA, P. G. L. (orgs) *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

MONTEIRO, M.S.; ILMARINEN, J.; CORRÊA FILHO, H.R. Work ability of workers in different age groups in a public health institution in Brazil. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 12(4): 417–427, 2006.

MORAES, P.W.T.; BASTOS, A.V.B. As LER/DORT e os fatores psicossociais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1):1-19, 2013.

ORFALE, A.G.; ARAÚJO, P.M.P.; FERRAZ, M.B.; NATOUR, J. Translation into brazilian

portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38(2):293-302, 2005.

PAULA, I.R.; MARCACINE, P.R.; CASTRO, S.S.; WALSH, I.A.P. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. *Saúde e Sociedade*, 24(1):152–164, 2015.

PENA, P.G.L. Aspectos conceituais do setor de serviços e a saúde do trabalhador. In: MINAYO GOMEZ, C. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PINA, J.A.; STOTZ, E. N. Intensificação do trabalho e saúde dos trabalhadores na indústria automobilística: estudo de caso na Mercedes Benz do Brasil, São Bernardo do Campo. *Rev. bras. Saúde ocup.*, 39(130):150-160, 2014.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>.

PINTO, J.M. As correntes Metodológicas em Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo (1970-1985). São Carlos, 1990. Dissertação (mestrado) – Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos.

RAMAZZINI, B.. *As Doenças dos Trabalhadores*. Tradução de Raimundo Estrêla. 3.ed. São Paulo: Fundacentro, 2000.

RIGOTTO, R.M.; MACIEL, R.H.; BORSOI, I.C.F. Produtividade, pressão e humilhação no trabalho: os trabalhadores e as novas fábricas de calçados no Ceará. *Rev. bras. saúde ocup.*, 35(122):217-228, 2010.

ROSSI, E.Z. As consequências psíquicas do adoecimento por LER/Dort: o fracasso do processo de reabilitação e a volta ao trabalho. In: SNELWAR, L.I (org). *Saúde dos bancários*. São Paulo, Editora Gráfica Atitude Ltda 2011.

ROSSI DA SILVA, T.N.; OLIVEIRA ALVES, G.B.; ASSIS, M.G. O retorno ao trabalho na perspectiva de terapeutas ocupacionais: facilitadores e barreiras. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 27(2):116-122, 2016.

ROTENBERG, L.; GRIEP, R.H.; FISCHER, F.M.; FONSECA, M.; LANDSBERGIS, P. Working at night and work ability among nursing personnel: when precarious employment makes the difference. *International Archives of Occupational and Environmental Health*,

82(7):877–885, 2009.

SALDANHA, J.H.S. PEREIRA, A.P.M.; NEVES, R.F.; LIMA, M.A.G. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. *Rev. bras. saúde ocup.*, 38(127):122-138, 2013.

SALIM, C. A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. *São Paulo em perspectiva*, 17(1):11–24, 2003.

SILVA, E.C.; CAMAROTTO, J.A. Contribuições da análise da atividade do trabalho no processo de retorno do trabalhador afastado por LER/DORT. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 27(2):131-137, 2016.

SILVA, E.C.; SILVA, J.L.; NAVARRO, V. L. Organização do trabalho e saúde de trabalhadores bancários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(2): 226-234, 2012.

ST-ARNAUD, L.; PELLETIER, M. Guia para um programa de práticas integradas para apoiar o retorno ao trabalho e a promoção da permanência no emprego. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 27(2 esp):1-40, 2016.

TAKAHASHI, Mara; KATO, Mina; LEITE, Rose Aylce Oliveira. Incapacidade, reabilitação profissional e saúde do trabalhador: velhas questões, novas abordagens. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 07-09, June 2010.

TEDESCO, S. A construção do campo de conhecimento em terapia ocupacional: introdução e discussão de um percurso. *Mundo saúde*, 25(4):378-383, 2001.

TOLDRA, R.C.; DALDON, M.T.B.; SANTOS, M.C.; LANCMAN, S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP, Brasil. *Rev. bras. saúde ocup.*, 35(121):10-21, 2010.

TONIOLO, A.C.; LUSSI, I.A.O. Afastamento e retorno ao trabalho: relatos de servidores públicos municipais. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 27(2):123-130, 2016.

WELLS, R. Why have we not solved the MSD problem? *Work*, 34(1):117-121, 2009.

WILLARD, H.; SPACKMAN, S. *Terapia Ocupacional*. 9. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

## APÊNDICE 1 – TCLE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Retorno ao trabalho, funcionalidade e qualidade de vida”. Antes de decidir se você quer participar deste estudo é importante ler cuidadosamente as informações a seguir. Se você tiver dúvidas ou se quiser mais informações fique à vontade para conversar com a pesquisadora responsável pelo estudo.

O objetivo desta pesquisa é analisar a relação que as condições de retorno ao trabalho, que aconteceu em virtude do afastamento envolvendo acometimentos em membros superiores, com a funcionalidade e qualidade de vida do trabalhador. Para tanto, eu irei utilizar três questionários: Questionários Sociodemográfico, com perguntas sobre você e as percepções que você tem sobre seu trabalho; Questionário WHOQOL-bref, que é um instrumento de avaliação de qualidade de vida com perguntas sobre o que você acha de sua vida; e o Questionário DASH para avaliação da função e sintomas dos membros superiores. Estima-se que o preenchimento dos questionários dure em média 30 minutos. No que concerne a sua participação nas entrevistas é garantido a você o direito de se recusar a responder perguntas se estas causarem constrangimentos de qualquer natureza.

O convite a sua participação se deve à sua experiência de retorno ao trabalho. Destacamos que sua participação é voluntária, isto é, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como, retirar sua participação a qualquer momento. Além disso garantimos que você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não participar da pesquisa ou se retirar dela. Contudo, sua participação é valiosa para este trabalho.

A responsável por esta pesquisa é **Priscila Blasquez da Costa Leite**. Em qualquer etapa do estudo, você poderá entrar em contato com esta pesquisadora através do telefone: **21-983001766** de segunda a sexta feira das 09h às 17h ou por e-mail: [pblasquezcostaleite@gmail.com](mailto:pblasquezcostaleite@gmail.com).

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, bem como, não será admitido que terceiros tenham acesso às informações por você prestadas. Ressalta-se ainda que todos os dados colhidos serão utilizados somente para atender aos objetivos desta pesquisa e não serão de modo algum utilizados para outro fim.

Os registros realizados durante a coleta de dados (gravações e anotações em caderno de campo) serão armazenados em arquivos digitais, mas somente a pesquisadora e seu orientador terão acesso a estes. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos sendo depois deste prazo incinerado.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos para você, pois o anonimato será preservado e não serão citados os nomes dos sujeitos, nem serão identificados os locais onde os dados foram coletados. No entanto, o estresse de ser observado ou de responder perguntas sobre o seu trabalho pode oferecer um risco de natureza psíquica na forma de desconforto ou constrangimento.

Você não terá nenhum custo para participar desta pesquisa e é importante esclarecer que nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela participação nesta pesquisa.

Os benefícios do estudo são indiretos. Espera-se ao final da realização da pesquisa obter material científico que acrescente conhecimento nas discussões sobre o retorno ao trabalho de trabalhadores que se afastaram por acometimentos em membros superiores. Os resultados serão divulgados em artigos científicos.

Obrigada por ler estas informações. Se desejar participar deste estudo você receberá esta folha de informações para guardar e deverá assinar um termo de consentimento que foi elaborado segundo a Resolução CNS 466/12 e suas Complementares.

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com a pesquisadora **Priscila Blasquez da Costa Leite**, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha

Nome do Sujeito da

Pesquisa \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

**Pesquisador (a) responsável:** Priscila Blasquez da Costa Leite

Email: pblasquezcostaleite@gmail.com

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Pesquisador responsável

**Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2017**

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Retorno ao trabalho, funcionalidade e qualidade de vida” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista (ou imagem).

Não autorizo a gravação da entrevista (ou imagem).

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

## APÊNDICE 2 – Questionário Sociodemográfico

### Instruções

Este questionário é para conhecer mais sobre você e sobre o que você sente em relação ao seu trabalho, seu afastamento e processo de retorno ao trabalho.

**Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

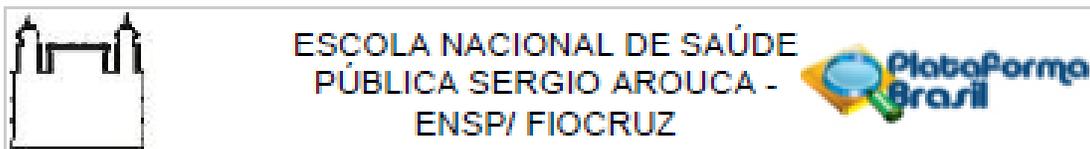
1. Sexo:	1. Feminino.	2. Masculino.
2. Idade:	_____ anos	
3. Estado civil:	1. Nunca foi casado (a).	
	2. Casado (a) ou vive com companheiro (a).	
	3. Separado (a) ou divorciado (a).	
	4. Viúvo (a).	
4. Grau de instrução:	1. Fundamental.	
	2. Ensino Médio.	
	3. Superior.	
	4. Superior e mais.	
5. Cargo: (de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO):	<input type="checkbox"/> Não sei informar. Qual? _____	
6. Com qual cargo você se identifica?	_____	

7. Atividades do cargo:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
8. Houve mudança de cargo na CBO?	1. Sim	2. Não
9. Houve mudança das atividades do cargo?	1. Sim.	2. Não.
10. Qual o motivo da mudança de cargo?	1. Não houve mudança.	
	2. Desconheço o motivo.	
	3. Razões de saúde motivados por mim.	
	4. Razões de saúde motivados por meus superiores.	
	5. Outros: _____	
11. Descreva as principais atividades laborais do seu cargo atual: (desconsiderar se não houve mudança de cargo)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
12. Tempo na instituição:	_____ anos.	
13. Tempo no cargo atual:	_____ anos.	
14. Qual a sua situação atual?	1. Afastado do trabalho com auxílio doença acidentário (B91).	
	2. Afastado do trabalho com auxílio doença previdenciário (B31).	
	3. Retornando ao trabalho após afastamento do trabalho com auxílio doença acidentário (B91).	

	4. Retornando ao trabalho após afastamento do trabalho com auxílio doença previdenciários (B31).
15. Quantos afastamentos do trabalho por saúde?	_____ afastamentos.
16. Quantos afastamentos do trabalho por saúde pelo mesmo motivo do último afastamento? 17. (se nunca houve afastamento pelo mesmo motivo, favor desconsiderar)	_____ afastamentos.
18. No caso de ter respondido a pergunta anterior responda a seguinte pergunta: Houve mudança no tipo de auxílio recebido?	1. Sim. Mudou de B31 para B91.
	2. Sim. Mudou de B91 para B31.
	3. Não. O tipo de auxílio foi o mesmo para todos os afastamentos.
19. Usa medicamentos para controle da dor? (dores de cabeça, dores articulares, dores inflamatórias e etc.)	1. Sim. Com prescrição médica.
	2. Sim. Sem prescrição médica.
	3. Não.
20. Uso de álcool?	1. Sim.
	2. Não.
21. Uso de drogas ilícitas?	1. Sim.
	2. Não.
22. Em geral, quantas horas você trabalhava por semana antes de ser afastado?	_____ horas por semana.
23. Em geral, quantas horas você trabalha atualmente por semana?	_____ horas por semana
24. Em geral, quanto tempo você gasta ou gastava no deslocamento para o trabalho?	Ida: _____ horas _____ minutos
	Volta: _____ horas _____ minutos

25. Você pode me dizer seu rendimento mensal por fonte de rendimento? (Você pode não responder caso não queira)	R\$ _____	
26. Você acha que o motivo de seu afastamento tem alguma relação com o trabalho?	1. Sim. Totalmente.	
	2. Sim. Um pouco.	
	3. Mais ou menos.	
	4. Não.	
27. Quando você retornou ao trabalho sua atividade de trabalho teve alguma transformação para evitar seu adoecimento novamente?	1. Sim. Totalmente.	
	2. Sim. Um pouco.	
	3. Mais ou menos.	
	4. Não.	
28. Existe algo que você modificaria no seu trabalho atualmente?	1. Sim.	2. Não.
29. Se sim, o que?	_____	
	_____	
	_____	
	_____	
30. Qual sua opinião sobre apoio especializado para retornar ao trabalho?	1. Acho necessário.	
	2. Acho desnecessário.	
	3. Não tenho opinião.	
31. Você participou de algum programa de retorno ao trabalho?	1. Sim. Do INSS.	
	2. Sim. Do meu trabalho.	
	3. Não.	
32. No caso de ter participado, esse programa te ajudou?	1. Sim. Totalmente.	
	2. Sim. Um pouco.	
	3. Mais ou menos.	
	4. Não.	

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Retorno ao trabalho e funcionalidade: um estudo de servidores públicos afastados por patologias em membros superiores

**Pesquisador:** Priscila Blasquez da Costa Leite

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 67314517.8.0000.5240

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.078.112

#### Apresentação do Projeto:

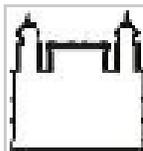
Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 2.045.733, em 04/05/2017.

O projeto de pesquisa em tela obteve anteriormente o seguinte parecer consubstanciado do CEP/ENSP: 2.045.733, de 04/05/2017: pendente.

#### Apresentação:

\* Trata-se de um estudo que apresenta como objetivo investigar a relação das condições de retorno ao trabalho com a funcionalidade e o com a qualidade de vida do servidor afastado por acometimentos envolvendo membros superiores. Esse estudo é caracterizado como exploratório, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa e utilizará três questionários como instrumentos para a coleta de dados: Questionário Sociodemográfico; Questionário WQQOL-bref, e Questionário Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH). As publicações recentes acerca desta temática apontam o retorno ao trabalho como um dos aspectos mais complexos das políticas de atenção à saúde do trabalhador, apresentando impactos políticos, econômicos, e de saúde, caracterizando-se assim como um desafio permanente das políticas sociais no Brasil, tanto

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1460 - Térreo  
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2508-2883 Fax: (21)2508-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



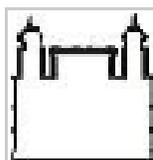
Continuação do Parecer: 2.078.112

para a saúde do trabalhador, quanto para a seguridade social (CABRAL et al., 2010; MAENO; VILELA, 2010; TAKAHASHI; KATO; LEITE, 2010; SALDANHA et al., 2013; LANCMAN; BARROS; JARDIM, 2016; SILVA ALVES; ASSIS, 2016; SILVA; CAMAROTTO, 2016; SIMONELLI et al., 2016; TONIOLO; LUSSI, 2016). Um estudo realizado através da análise de prontuários de 10 trabalhadores acompanhados em um grupo de terapia ocupacional de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de São Paulo, buscou identificar os facilitadores e as barreiras para a reinserção no trabalho de trabalhadores com um longo período de afastamento. Este estudo, realizado com base nas categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), apresentou como barreiras em todos os casos: as condições do retorno ao trabalho e o suporte profissional do INSS (TOLDRA et al., 2010). Além disso ratificou o que se encontra na literatura, que a procura tardia pelo tratamento, muitas vezes ocasionada pelo medo do desemprego, contribui ao agravamento e à cronificação do quadro clínico. (CABRAL et al., 2010; TAKAHASHI et al., 2010; SILVA; CAMAROTTO, 2016; TONIOLO; LUSSI, 2016). Na perspectiva CIF e do modelo de reabilitação pautado por ela, o nível funcional do paciente está associado à saúde não mais como consequência de uma condição ou diagnóstico, mas, precisamente como o resultado de uma associação com fatores pessoais, ambientais e do contexto da reabilitação (FARIAS; BUCHALLA, 2005; CHENG, 2006). Por conseguinte, aponta para a necessidade de se avançar no entendimento do processo de retorno ao trabalho visto a sua complexidade e enfatiza que ao se garantir condições e ambientes de trabalho adequados, previne-se o surgimento de novas doenças e a ocorrência de acidentes, ou seja, a construção de uma política de retorno ao trabalho implica em uma política de prevenção de incapacidades (TOLDRA et al., 2010). Um dos princípios básicos para a elaboração de um programa de retorno ao trabalho é a ampliação do conceito de capacidade laborativa, buscando a compreensão de que todos podem contribuir em um processo de trabalho, bem como devem ser avaliados em sua particularidade (TOLDRA et al., 2010; SILVA; CAMAROTTO, 2016). As

patologias que acometem membros superiores, apresentam importantes implicações para o cotidiano do indivíduo, visto que é uma estrutura anatômica voltada essencialmente para a função (PARDINI, 2000; FREITAS, 2006; SKIRVEN, 2011). Uma lesão que venha a acometer os membros superiores, independentemente de sua gravidade, pode provocar um grau de incapacidade para as atividades de vida diária e, principalmente, para as atividades de trabalho, ao considerar a centralidade do trabalho na vida do indivíduo adulto (CABRAL et al., 2010).

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, os objetivos da pesquisa são:



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.076.112

dure em média 30 minutos”.

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Item de pendência: Cadastrar na Plataforma Brasil a UFRJ como Instituição coparticipante.

Resposta da pendência 5: "A UFRJ foi inserida na plataforma Brasil".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Item de pendência: Inserir o coordenador na equipe de pesquisa na Plataforma Brasil.

Resposta da pendência 6: "Corrigido na plataforma Brasil".

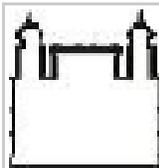
ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

1º Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP os relatórios parciais (semestrais) e final. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP ([www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)).

2º Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar as modificações.

3º Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.076.112

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme descrito no parecer consubstanciado nº 2.045.733, emitido pelo CEP/ENSP em 04/05/2017.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1. Item de pendência: A pesquisadora informa diferentes tamanhos de amostra ao longo dos documentos da pesquisa. Na Folha de Rosto é informado que a pesquisa contará com 50 participantes. No projeto de pesquisa, entretanto, é informado que serão 20 participantes. Verificar o tamanho amostral e corrigir nos documentos citados e demais locais pertinentes.

Resposta da pendência 1: "Corrigido na plataforma Brasil".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Item de pendência: No PB\_ Informações básicas, a pesquisadora afirma "Sim" para a pergunta "Propõe dispensa do TCLE?" e apresenta como justificativa o envolvimento de pesquisa com seres humanos. Favor corrigir a resposta para "Não", pois não está sendo solicitada a dispensa de aplicação.

Resposta da pendência 2: "Corrigido na plataforma Brasil".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

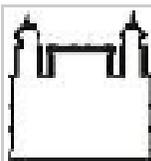
3. Item de pendência: No Item Riscos, a pesquisadora reconhece possível constrangimento da observação. Questiona-se o local dessa observação, refere-se à sala de perícia? Caso afirmativo, sugere-se que seja feito um Instrumento de divulgação da pesquisa, que precisa ser aprovado pelo CEP/ENSP, permitindo aos possíveis participantes contactar a pesquisadora de forma voluntária. Ainda, solicita-se que este item seja modificado, incluindo as estratégias de mitigação dos mesmos.

Resposta da pendência 3: "Não será na sala de perícia. A informação foi corrigida na plataforma brasil e no projeto".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Item de pendência: No TCLE, incluir informação do tempo estimado para responder aos questionários.

Resposta da pendência 4: "Foi inserido no TCLE "estima-se que o preenchimento dos questionários



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.078.112

dure em média 30 minutos".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Item de pendência: Cadastrar na Plataforma Brasil a UFRJ como Instituição coparticipante.

Resposta da pendência 5: "A UFRJ foi inserida na plataforma Brasil".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Item de pendência: Inserir o coordenador na equipe de pesquisa na Plataforma Brasil.

Resposta da pendência 6: "Corrigido na plataforma Brasil".

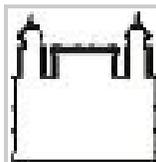
ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

1º Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP os relatórios parciais (semestrais) e final. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP ([www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)).

2º Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3º Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.076.112

4º O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de citações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Folhaderosto_PriscilaBlasquez_mod.pdf	23/05/2017 14:54:41	Jennifer Braathen Salgueiro	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_893781.pdf	15/05/2017 20:34:10		Acelto
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_2045733.doc	15/05/2017 20:27:56	Priscila Blasquez da Costa Lette	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado_priscilablasquez_modificado.docx	15/05/2017 20:24:25	Priscila Blasquez da Costa Lette	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentollivreesclarecido_priscilablasquez_modificado.doc	06/05/2017 13:39:16	Priscila Blasquez da Costa Lette	Acelto
Outros	formularioencaminhamento_priscilablasquez.pdf	11/04/2017 10:53:10	Priscila Blasquez da Costa Lette	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto_priscilablasquez.pdf	11/04/2017 10:52:13	Priscila Blasquez da Costa Lette	Acelto
Outros	questionario_WHOQOL_bref.docx	06/04/2017 21:46:47	Priscila Blasquez da Costa Lette	Acelto
Outros	questionario_DASH.docx	06/04/2017 21:45:30	Priscila Blasquez da Costa Lette	Acelto
Outros	questionario_sociodemografico.docx	06/04/2017 21:44:49	Priscila Blasquez da Costa Lette	Acelto
Orçamento	orcamentodetalhado_priscilablasquez.doc	06/04/2017 21:42:25	Priscila Blasquez da Costa Lette	Acelto
Cronograma	cronograma_priscilablasquez.doc	06/04/2017 21:41:53	Priscila Blasquez da Costa Lette	Acelto

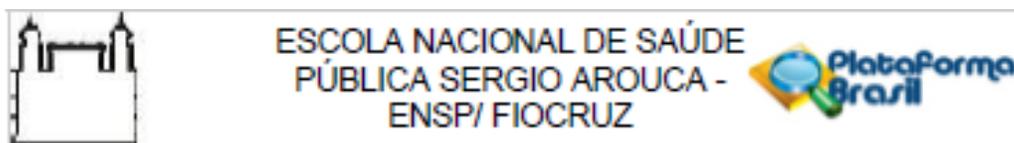
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

## ANEXO 2 – PARECER DA EMENDA CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Retorno ao trabalho, funcionalidade e qualidade de vida.

**Pesquisador:** Priscila Blasquez da Costa Leite

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 67314517.8.0000.5240

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.362.629

**Apresentação do Projeto:**

Este parecer refere-se a uma solicitação de emenda com a seguinte justificativa:

"Trata-se da mudança do campo de pesquisa. Devido a impossibilidade do cumprimento do cronograma dentro do antigo campo de pesquisa, foi realizada a troca de campo da mesma. A troca foi feita para um campo onde há a possibilidade de realização da pesquisa e onde há o interesse da Instituição nos resultados que serão gerados por ela. Para tal estão anexados o novo projeto, TCLE e o termo de anuência da Instituição".

A apresentação do projeto foi descrita no parecer consubstanciado de aprovação número 2.078.112, emitido em 23/05/2017.

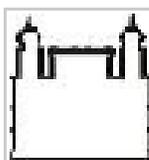
**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme descrito no parecer consubstanciado nº 2.078.112, emitido pelo CEP/ENSP em 23/05/2017.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme descrito no parecer consubstanciado nº 2.078.112, emitido pelo CEP/ENSP em

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Têneo			
Bairro: Manguinhos		CEP: 21.041-210	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO		
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br	



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.502/2017

23/05/2017.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Apresentou todos os elementos necessários na apreciação ética da emenda.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos inicialmente de apresentação obrigatória foram descritos no parecer consubstanciado nº 2.078.112, emitido pelo CEP/ENSP em 23/05/2017.

Para a solicitação desta emenda, foram apresentados os seguintes termos:

Projeto de nome PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1003801\_E1.pdf, postado em 10/10/2017, adequado;

TCLE de nome termodeconsentimentollivreesclarecido\_priscillablasquez\_.pdf, postado em 10/10/2017, adequado;

Termo de anuência da Instituição coparticipante de nome Termo\_de\_Anuencia.pdf, postado em 10/10/2017, adequado.

**Recomendações:**

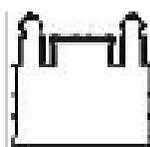
Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP/ENSP considera que a presente emenda não altera os objetivos do projeto e seus requisitos éticos, podendo ser implementada a partir da presente data de emissão deste parecer.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final [...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP/ENSP se encontra disponível em [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica).



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.302.829

23/05/2017.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Apresentou todos os elementos necessários há apreciação ética da emenda.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos inicialmente de apresentação obrigatória foram descritos no parecer consubstanciado nº 2.078.112, emitido pelo CEP/ENSP em 23/05/2017.

Para a solicitação desta emenda, foram apresentados os seguintes termos:

Projeto de nome PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1003801\_E1.pdf, postado em 10/10/2017, adequado;

TCLE de nome termodeconsentimentollivreesclarecido\_priscilabiasquez\_.pdf, postado em 10/10/2017, adequado;

Termo de anuência da Instituição coparticipante de nome Termo\_de\_Anuencia.pdf, postado em 10/10/2017, adequado.

**Recomendações:**

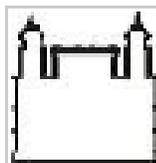
Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP/ENSP considera que a presente emenda não altera os objetivos do projeto e seus requisitos éticos, podendo ser implementada a partir da presente data de emissão deste parecer.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP/ENSP se encontra disponível em [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica).



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.302.029

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE INFORMACOES_BASICAS_1003801_E1.pdf	10/10/2017 13:55:48		Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.pdf	10/10/2017 13:51:42	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_priscilablasquez.docx	10/10/2017 13:35:23	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento/vreeesclarecido_priscilablasquez_.pdf	10/10/2017 13:34:16	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito
Outros	Folhaderosto_PriscilaBlasquez_mod.pdf	23/05/2017 14:54:41	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_2045733.doc	15/05/2017 20:27:56	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito
Outros	formularioencaminhamento_priscilablasquez.pdf	11/04/2017 10:53:10	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_priscilablasquez.pdf	11/04/2017 10:52:13	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito
Outros	questionario_WHOQOL_bref.docx	05/04/2017 21:46:47	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito
Outros	questionario_DASH.docx	05/04/2017 21:45:30	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito
Outros	questionario_sociodemografico.docx	05/04/2017 21:44:49	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito
Orçamento	orcamentodetalhado_priscilablasquez.doc	05/04/2017 21:42:25	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito
Cronograma	cronograma_priscilablasquez.doc	05/04/2017 21:41:53	Priscila Blasquez da Costa Leite	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 15 de Novembro de 2017

---

Assinado por:  
Jennifer Braathen Salgueiro  
(Coordenador)

### ANEXO 3 - Questionário WHOQOL bref

#### INSTRUÇÕES

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.**

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

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

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito

16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

## Cáculo do score do WHOQOL-BREF

MISSING VALUES wq1 ("88").  
 MISSING VALUES wq2 ("88").  
 MISSING VALUES wq3 ("88").  
 MISSING VALUES wq4 ("88").  
 MISSING VALUES wq5 ("88").  
 MISSING VALUES wq6 ("88").  
 MISSING VALUES wq7 ("88").  
 MISSING VALUES wq8 ("88").  
 MISSING VALUES wq9 ("88").  
 MISSING VALUES wq10 ("88").  
 MISSING VALUES wq11 ("88").  
 MISSING VALUES wq12 ("88").  
 MISSING VALUES wq13 ("88").  
 MISSING VALUES wq14 ("88").  
 MISSING VALUES wq15 ("88").  
 MISSING VALUES wq16 ("88").  
 MISSING VALUES wq17 ("88").  
 MISSING VALUES wq18 ("88").  
 MISSING VALUES wq19 ("88").  
 MISSING VALUES wq20 ("88").  
 MISSING VALUES wq21 ("88").  
 MISSING VALUES wq22 ("88").  
 MISSING VALUES wq23 ("88").  
 MISSING VALUES wq24 ("88").  
 MISSING VALUES wq25 ("88").  
 MISSING VALUES wq26 ("88").

RMV /wq1\_1=SMEAN(wq1).  
 RMV /wq2\_1=SMEAN(wq2).  
 RMV /wq3\_1=SMEAN(wq3).  
 RMV /wq4\_1=SMEAN(wq4).  
 RMV /wq5\_1=SMEAN(wq5).  
 RMV /wq6\_1=SMEAN(wq6).  
 RMV /wq7\_1=SMEAN(wq7).  
 RMV /wq8\_1=SMEAN(wq8).  
 RMV /wq9\_1=SMEAN(wq9).  
 RMV /wq10\_1=SMEAN(wq10).  
 RMV /wq11\_1=SMEAN(wq11).  
 RMV /wq12\_1=SMEAN(wq12).  
 RMV /wq13\_1=SMEAN(wq13).  
 RMV /wq14\_1=SMEAN(wq14).  
 RMV /wq15\_1=SMEAN(wq15).  
 RMV /wq16\_1=SMEAN(wq16).  
 RMV /wq17\_1=SMEAN(wq17).  
 RMV /wq18\_1=SMEAN(wq18).  
 RMV /wq19\_1=SMEAN(wq19).  
 RMV /wq20\_1=SMEAN(wq20).  
 RMV /wq21\_1=SMEAN(wq21).  
 RMV /wq22\_1=SMEAN(wq22).  
 RMV /wq23\_1=SMEAN(wq23).  
 RMV /wq24\_1=SMEAN(wq24).  
 RMV /wq25\_1=SMEAN(wq25).  
 RMV /wq26\_1=SMEAN(wq26).

Recode wq3\_1 wq4\_1 wq26\_1 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).  
 EXECUTE.

\*\*\*\*\* ao multiplicar por 4 (padronização com whoqol-100) a escala likert q era 1 a 5 vira 4 a 20,  
 o ideal é trabalhar com escala 0-100, então pra "voltar" de 4-20 para 0-100, subtrai 4 (então o mínimo 4 vira 0)  
 e para ajustar o máximo para 100, deve-se dividir 16 e multiplicar por 100

(pois o máximo que era 20, virou "20-4"=16, qdo divide por 16, vira 1 e depois \*1000, vira 100

```
compute dom1 = (mean.6 (wq3_1, wq4_1, wq10_1, wq15_1, wq16_1, wq17_1, wq18_1)) * 4.
compute dom2 = (mean.5 (wq5_1, wq6_1, wq7_1, wq11_1, wq19_1, wq26_1)) * 4.
compute dom3 = (mean.2 (wq20_1, wq21_1, wq22_1)) * 4.
compute dom4 = (mean.6 (wq8_1, wq9_1, wq12_1, wq13_1, wq14_1, wq23_1, wq24_1, wq25_1)) * 4.
compute over = (mean.2 (wq1_1, wq2_1)) * 4.
EXECUTE.
```

```
compute dom1fis = (dom1 - 4) * (100/16).
compute dom2psi = (dom2 - 4) * (100/16).
compute dom3rsc = (dom3 - 4) * (100/16).
compute dom4ma = (dom4 - 4) * (100/16).
compute wq1f = (wq1_1 - 1) * (100/4).
compute wq2f = (wq2_1 - 1) * (100/4).
compute overall = (over - 4) * (100/16).
EXECUTE.
```

```
VARIABLE LABELS dom1fis "Whoqol- Dom1:Físico".
VARIABLE LABELS dom2psi "Whoqol- Dom2:Psicológico".
VARIABLE LABELS dom3rsc "Whoqol- Dom3:Relações Sociais".
VARIABLE LABELS dom4ma "Whoqol- Dom4:Meio-ambiente".
VARIABLE LABELS wq1f "Whoqol: Avaliação de QV".
VARIABLE LABELS wq2f "Whoqol: Satisfação com saúde".
VARIABLE LABELS overall "Whoqol: QV geral".
```

\*\*\*\*\*HAD.

```
COMPUTE HAD_SomaA=E_A1+E_A2+E_A3+E_A4+E_A5+E_A6+E_A7.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE HAD_SomaD=E_D1+E_D2+E_D3+E_D4+E_D5+E_D6+E_D7.
EXECUTE.
```

```
RECODE HAD_SomaA (9 thru Highest=1) (ELSE=0) INTO HAD_ANS9.
EXECUTE.
RECODE HAD_SomaD (9 thru Highest=1) (ELSE=0) INTO HAD_Dep9.
EXECUTE.
```

```
COMPUTE HAD_Soma=HAD_ANS9+HAD_Dep9.
EXECUTE.
```

```
RECODE HAD_Soma (1 thru Highest=1) (ELSE=0) INTO HAD_POS.
EXECUTE.
```

```
VARIABLE LABELS HAD_ANS9 'HAD Ans9 +' /HAD_Dep9 'HAD Dep9+'.
```

## ANEXO 4 - *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)* – Versão brasileira

### Instruções

Esse questionário é sobre seus sintomas, assim como suas habilidades para fazer certas atividades.

Por favor, responda a todas as questões baseando-se na sua condição na semana passada.

Se você não teve a oportunidade de fazer uma das atividades na semana passada, por favor, tente estimar qual resposta seria a mais correta. Não importa qual mão ou braço você usa para fazer a atividade; por favor, responda baseando-se na sua habilidade independentemente da forma como você faz a tarefa.

Meça a sua habilidade em 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 afetou suas atividades normais com família, amigos, vizinhos ou colegas?	1	2	3	4	5
	Não limitou	Limitou pouco	Limitou medianamente	Limitou muito	Não conseguiu 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:	Nenhuma	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 pôde dormir
29. Durante a semana passada, qual a dificuldade que você teve para dormir por causa da dor no seu braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
30. Eu me sinto menos capaz, menos confiante e menos útil por causa do meu problema com braço, ombro ou mão	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5

As questões que se 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, respondam 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 em 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

Cálculo do escore do DASH

Para se calcular o escore das 30 primeiras questões, deverá ser utilizada a seguinte fórmula:

$(\text{Soma dos valores das 30 primeiras questões} - 30)/1,2$

Para o cálculo dos escores dos módulos opcionais, estes deverão ser calculados separadamente, utilizando a seguinte fórmula:

$(\text{Soma dos valores} - 4)/0,16$