**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VIVIAN ALINE MININEL

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *WORK DISABILITY
DIAGNOSIS INTERVIEW (WoDDI)* PARA O CONTEXTO
BRASILEIRO**

**SÃO PAULO
2010**

VIVIAN ALINE MININEL

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO *WORK DISABILITY
DIAGNOSIS INTERVIEW (WoDDI)* PARA O CONTEXTO
BRASILEIRO**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Programa de Pós-Graduação em
Gerenciamento em Enfermagem

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Vanda Elisa Andres Felli

SÃO PAULO

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Mininel, Vivian Aline

Adaptação transcultural do *Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI)* para o contexto brasileiro / Vivian Aline Mininel. – São Paulo, 2010.

188 p. : il.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vanda Elisa Andres Felli

1. Incapacidade de trabalho 2. Adaptação 3. Avaliação
da capacidade de trabalho I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Vivian Aline Mininel

Título: Adaptação transcultural do *Work Disability Diagnosis Interview* (WoDDI) para o contexto brasileiro.

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor
em Ciências

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus...
porque dEle, por Ele e para
Ele são todas as coisas.

COM CARINHO

Aos meus pais, Nelson e Sirlei , pelo amor, compreensão e dedicação incondicionais a mim, em todos os momentos de minha vida.

Ao meu irmão Ricardo, por ser meu esteio nas diversas áreas de minha vida.

Ao meu amado Paule, pelo amor que eu jamais acreditei existir e, também, pelos desenhos e figuras desta tese (créditos a ele).

Aos meus familiares, amigos e irmãos em Cristo, pela prontidão, apoio e carinho.

AGRADECIMENTOS

À minha estimada orientadora, Prof^a. Dr^a. Vanda Felli, por me ajudar a construir meus sonhos.

Às Professoras Dra. Neusa Alexandre e Dra Raquel Gaidzinski, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Ao médico ortopedista do Hospital Universitário da USP, Dr Wagner Thomazin, pela dedicação irrestrita na coleta e discussão dos dados.

Aos participantes desta pesquisa, por me permitirem realizá-la.

Ao Grupo de Pesquisa “Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem”, da Escola de Enfermagem da USP, por ampliarem minhas perspectivas enquanto pesquisadora.

Ao Grupo de Estudos dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho do Hospital Universitário da USP, por colaborarem com o processo de adaptação do *WoDDI*.

Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde do Hospital Universitário da USP, por me acolherem durante a realização da coleta de dados.

Ao Sr Pedro Nepomuceno, do Departamento de Pessoal do Hospital Universitário da USP, pelo prontidão no envio regular das informações.

Aos funcionários da Pós-Graduação e do Departamento ENO, pelo apoio e acolhimento.

Ao *Canadian Institute of Health Research* (CIHR), por subsidiar minha participação no *Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program*

e a divulgação de minha pesquisa nos eventos internacionais PREMUS e WDPI Meeting.

À Pró-Reitoria da USP, pelo recurso financeiro para participação no 29th *International Congress on Occupational Health ICOH* 2009.

Ao Prof. Dr. Patrick Loisel e Prof^a. Dr^a Marie-Jose Durand, criadores do *WoDDI*, pelo suporte técnico e prontidão no esclarecimento de dúvidas.

Aos mentores e colegas do *Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program*, pelos momentos de aprendizado compartilhados.

Especialmente ao meu diretor e amigo, Sergio Candio, por possibilitar a concretização deste sonho, permitindo minhas ausências do trabalho.

A todos que, em algum momento, contribuíram para a realização de minha pesquisa.

Mininel VA. Adaptação transcultural do *Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI)* para o contexto brasileiro [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Este estudo objetivou a adaptação transcultural do *Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI)* para o contexto brasileiro. Este guia de entrevista estruturada foi desenvolvido pela Universidade de Sherbrooke (Canadá) para ajudar os profissionais de saúde a detectarem os fatores preditivos de maior importância para incapacidades relacionadas ao trabalho e a identificarem uma ou mais causas de absenteísmo prolongado do trabalho. Foi realizado obedecendo-se às recomendações internacionais e princípios éticos para pesquisas com seres humanos. Foram observadas as seguintes fases: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por Comitê de Especialistas e teste da versão pré-final. Após as fases de tradução inicial e retrotradução, o *WoDDI* foi submetido ao Comitê de Especialistas para validação das equivalências conceitual, semântica, idiomática, experiencial e operacional, além da Validação de Conteúdo. Esta análise desencadeou em adaptações dos termos que apresentaram percentual de Validade de Conteúdo inferior a 90% entre os especialistas. A amostra da população-alvo para aplicação em pré-teste contou com a participação de 30 trabalhadores do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, afastados devido a problemas de saúde relacionados ao trabalho. A coleta de dados foi realizada por um médico ortopedista e pela pesquisadora, que aplicaram o guia de entrevista em duas partes, sequencialmente. Os resultados foram obtidos por meio da análise da compreensibilidade dos itens pelos entrevistadores e pela população de estudo. Para os entrevistadores, que avaliaram as seções referentes ao exame físico, o *WoDDI* foi considerado bastante completo e fácil de aplicar. Pequenas alterações operacionais foram propostas, com o intuito de facilitar o entendimento dos entrevistadores. A explicação detalhada dos testes, manobras e demais exames foi construída com este mesmo objetivo. Os termos que apresentaram dificuldade de compreensão em, pelo menos, 15% da população do pré-teste, foram passíveis de alteração. Para facilitar o uso do *WoDDI*, foi elaborado um manual de orientações para sua aplicação, contemplando a explicação de todas as seções, itens, questões e indicadores presentes no guia de entrevista. Estas orientações auxiliam os entrevistadores na interpretação dos itens, nas formas de questionamento e no modo de realização dos testes, manobras e demais exames. Por tratar-se de um guia de entrevista qualitativo, que confere certa flexibilidade àqueles que o utilizam, além de facilitar o entendimento, tais orientações também ratificam os conceitos abordados e a forma correta para condução da entrevista, conferindo maior credibilidade durante o processo. A conclusão deste estudo demonstra que o *WoDDI* está adaptado para a realidade brasileira, podendo ser utilizado por profissionais e serviços interessados nos assuntos de incapacidade relacionada ao trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Incapacidade de Trabalho. Adaptação. Avaliação da Capacidade de Trabalho.

Mininel VA. Cross-cultural adaptation of the *Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI)* for the Brazilian context. [thesis]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2010.

ABSTRACT

This study aimed the cross-cultural adaptation process of the *Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI)* for the Brazilian context. This structured interview guide was developed by University of Sherbrooke (Canada) to help clinicians to detect the most important disability predictors' work-related and to identify one or more causes of prolonged absenteeism from work. It was performed following international standards and ethical principles for human research. It was observed the following steps: initial translation, synthesis of the translations, back translation, review by the Expert Committee and testing of the pre-final version. After the initial translation and back translation steps, the *WoDDI* was submitted to the Expert Committee to validation of the conceptual, semantic, idiomatic, experiential and operational equivalences, as the Content Validity. This analysis triggered in adjustments of the terms that presented Content Validity percentage below 90% among experts. The sample of target-population for pre-test was composed by 30 workers of the University Hospital of University of Sao Paulo, absent of work due work-related health problems. The data collect was performed by an orthopedic physician and a researcher, which apply the interview guide in two parts, sequentially. The results were obtained through comprehensibility analysis of the items by interviewers and by research subjects. For the interviewers, who assessed the sections of the physical exams, the *WoDDI* was considered complete and easy to apply. Some operational changes were done to facilitate understanding of the interviewers. The explanation detailed of the tests, maneuvers and other exams was constructed with the same goal. The terms that presented comprehensibility difficulties in, at least, 15% of pre-test population, were changed. In order to facilitate the *WoDDI* administration, it was elaborated a guidance handbook with explanation of all sections, items, questions and indicators of the interview guide. These guidelines help the interviewers in the items interpretation, questioning ways and how to conduct the tests, maneuvers and other exams. Being a qualitative interview guide, which gives some flexibility to the interviewers, these guidelines also reinforce the concepts discussed and the correct way to conduct the interview, giving greater credibility of the process. The conclusion of this study shows that the *WoDDI* is adapted to Brazilian context and it can be used by professionals and services interesting in work disability prevention issues.

KEY WORDS: Work Disability. Adaptation. Work Ability Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Arena de prevenção de incapacidades no trabalho.....	57
Figura 2 – Operacionalização do <i>WoDDI</i>	67
Figura 3 – Interpretação os Sinais Vermelhos.....	127
Figura 4 – Teste de Schober.....	134
Figura 5 – Manobra de Laségue.....	136
Figura 6 – Manobras complementares ao Laségue.....	137
Figura 7 – Manobra de Laségue Cruzado.....	137
Figura 8 – Manobra do Tripé.....	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese das traduções.....	89
Quadro 2 – Considerações acerca da retrotradução.....	101
Quadro 3 – Adaptações propostas pelo Comitê de Especialistas.....	107
Quadro 4 – Considerações finais após aplicação em pré-teste.....	115
Quadro 5 – ISIT de Ordem Pessoal (P): conceitos.....	118
Quadro 6 – ISIT de Ordem Administrativa (A): conceitos.....	123
Quadro 7 – ISIT de Ordem Ergonômica (E): conceitos.....	124

LISTA DE SIGLAS EM PORTUGUÊS

CAT	- Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CIF	- Classificação Internacional de Funcionalidades
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRP	- Centro de Reabilitação Profissional
DORT	- Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DP-HU	- Departamento de Pessoal do Hospital Universitário da USP
DSIT	- Diagnóstico da Situação de Incapacidade para o Trabalho
EEUSP	- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Grupo DORT	- Grupo de Estudos de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho do HUUSP
HUUSP	- Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
ICT	- Índice de Capacidade para o Trabalho
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
ISIT	- Indicador da Situação de Incapacidade para o Trabalho
LER	- Lesões por Esforços Repetitivos
MPS	- Ministério da Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
MTE	- Ministério do Trabalho e Emprego
NRP	- Núcleo de Reabilitação Profissional
NTE	- Nexo Técnico Epidemiológico
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PRP	- Programa de Reabilitação Profissional
RENAST	- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SESMT	- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SP	- São Paulo
SUAS	- Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde
UBAS - Unidade Básica de Assistência à Saúde

LISTA DE SIGLAS EM INGLÊS

<i>CIHR</i>	- <i>Canadian Institutes of Health Research</i>
<i>CUPIT</i>	- <i>Cultural Study if Musculoskeletal and Other Symptoms and Associated Disability</i>
<i>DASH</i>	- <i>Disability of the Arm, Shoulder and Hand</i>
<i>ICOH</i>	- <i>International Congress on Occupational Health</i>
<i>WDP</i>	- <i>Work Disability Prevention</i>
<i>WDPI</i>	- <i>Work Disability Prevention and Integration</i>
<i>WHO</i>	- <i>World Health Organization</i>
<i>WoDDI</i>	- <i>Work Disability Diagnosis Interview</i>
<i>WRFQ</i>	- <i>Work Role Functioning Questionnaire</i>

LISTA DE SIGLAS EM FRANCÊS

<i>CAPRIT</i>	- <i>Centre d'Action em Prévention et Réadaptation de l'Incapacité au Travail</i>
<i>OISHT</i>	- <i>Outil d'Identification de la Situation de Handicap au Travail</i>
<i>PREVICAP</i>	- <i>Prévention et Réadaptation au Travail</i>
<i>REPAR</i>	- <i>Réseau Provincial de Recherché en Adaptation-Réadaptation</i>

SUMÁRIO

1	Introdução.....	24
2	Objetivo.....	29
3	Construção do objeto de estudo.....	30
3.1	O conceito da incapacidade.....	30
3.2	O contexto brasileiro acerca das incapacidades.....	35
3.2	A problemática dos trabalhadores incapacitados frente às incapacidades do sistema.....	41
4	Fundamentação teórico-metodológica.....	53
4.1	O Modelo de Sherbrooke para avaliação das incapacidades....	53
4.2	O <i>Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI)</i>	60
4.3	O processo de adaptação transcultural.....	69
5	Trajetória metodológica.....	79
5.1	Aspectos éticos.....	79
5.2	O processo de adaptação transcultural.....	79
5.2.1	Tradução inicial.....	79
5.2.2	Síntese das traduções.....	80
5.2.3	Retrotradução.....	80
5.2.4	Comitê de Especialistas.....	81
5.2.5	Teste da versão pré-final.....	84
5.2.6	Submissão da documentação ao comitê de desenvolvedores ou coordenadores para aprovação do processo de adaptação.....	86
5.3	Análise de dados.....	87
6	Apresentação e análise dos dados.....	88
6.1	Coleta de dados.....	88

6.2	Retrotradução.....	100
6.3	Comitê de Especialistas.....	105
6.4	Teste da versão pré-final.....	112
6.5	Conceitos e significados dos ISIT.....	117
6.6	Interpretação dos Sinais Vermelhos.....	126
6.7	Manual de orientações do <i>WoDDI</i>	128
7	Discussão.....	143
8	Conclusões.....	145
9	Referências.....	146
10	Anexos.....	154
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	154
	ANEXO B – Autorização ao Departamento de Pessoal.....	155
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	156
	ANEXO D – Autorização para adaptação do <i>WoDDI</i>	157
	ANEXO E – Orientações ao Comitê de Especialistas.....	158
	ANEXO F – Inquérito telefônico para convite aos sujeitos.....	159
	ANEXO G – <i>Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI)</i>	161

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática saúde dos trabalhadores emergiu nos corredores de um hospital no interior de São Paulo, ainda na graduação, no início deste século. A observação do comportamento e as frequentes queixas dos profissionais da instituição, acerca de suas condições de saúde, inquietavam-me quanto à minha própria situação em anos vindouros.

Em 2003, já graduada como enfermeira, iniciei o curso de especialização em Gerenciamento de Serviços de Saúde, oferecido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Durante este período, a saúde dos trabalhadores de enfermagem foi abordada sob vários aspectos, o que me motivou ao desenvolvimento da monografia “Ações gerenciais relacionadas à qualidade de vida no trabalho de enfermagem: a percepção dos enfermeiros” (Mininel, 2005).

Neste mesmo ano, ingressei como enfermeira consultora e pesquisadora na empresa GestorSaúde Consultoria em Saúde (empresa direcionada ao estudo da saúde suplementar no Brasil, por meio da avaliação de operadoras de planos de saúde em seus vários aspectos), emprego no qual me mantenho até o presente momento. Nestes anos de crescimento profissional, pude desenvolver diferentes trabalhos com foco na saúde de indivíduos vinculados a tais empresas, dentre os quais destaco: projetos de diagnóstico situacional organizacional, *screening* populacional direcionado à identificação precoce de riscos, estudos estatísticos e epidemiológicos de carteiras de vidas, construção e execução de programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças e gestão de informações em saúde.

Em continuidade aos estudos direcionados à saúde dos trabalhadores da área da saúde ingressei, em 2004, no curso de mestrado oferecido também pela referida Escola. Concomitante a este processo, iniciei minha participação no Grupo de Pesquisa “Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem”, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do qual sou membro até a presente data.

Como aluna de mestrado, desenvolvi a dissertação “Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: responsabilidade gerencial do enfermeiro”, que demonstrou a importância do enfermeiro gerencial na promoção da saúde e qualidade de vida dos demais trabalhadores de enfermagem sob sua liderança (Mininel, 2006).

Em 2006, ano de conclusão do mestrado, também tive a oportunidade de apresentar pesquisas desenvolvidas em conjunto com minha orientadora no *International Symposium Satellite to ICOH2006 - Shiftwork and Ageing in Health Care and Community Services* e no *28th International Congress on Occupational Health ICOH2006* ocorridos, respectivamente, em Veneza e Milão, na Itália. Nesta oportunidade, dentre as várias pesquisas relacionadas à temática, ressaltou-me a atenção uma nova linha de estudos voltada para a prevenção de incapacidades relacionadas ao trabalho, que abordava um método transdisciplinar para a construção de um corpo de conhecimentos baseado em evidências e direcionado à aplicação prática.

Imersa na avalanche de informações obtidas, passei a repensar na política de saúde dos trabalhadores vigente no Brasil. Deparei-me com um modelo de reabilitação profissional falido, calcado exclusivamente na avaliação médica pericial; com a desigual concessão de benefícios, que privilegia somente parte da população economicamente ativa no País; com a ausência de uma política nacional que respalde o processo de retorno ao trabalho; com uma omissão na atuação do poder público quanto ao cumprimento das políticas de prevenção dos direitos dos trabalhadores e; com poucas pesquisas científicas direcionadas à prevenção de incapacidades decorrentes do trabalho.

As reflexões que emergiram desta inquietude fomentaram meu desejo em buscar modelos que contrapusessem com esta realidade e que oferecessem benefícios diretos perceptíveis aos trabalhadores e ao contexto de trabalho. Na busca de propostas sólidas direcionadas para a identificação precoce de fatores preditivos para incapacidades decorrentes do trabalho, encontrei um renomado centro de reabilitação no estudo da saúde do trabalhador.

Este achado não aleatório ocorreu concomitante a uma oportunidade de intercâmbio científico que surgiu em nosso grupo de pesquisa, mediante uma parceria junto à Universidade de Sherbrooke, Canadá, no ano de 2007 (ano em que também ingressei no curso de Doutorado). Por meio do professor Patrick Loisel, então coordenador do *Centre d'Action en Prévention et Réadaptation de l'Incapacité au Travail (CAPRIT)*, uma organização afiliada ao Hospital Charles LeMoine e à Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde da Universidade de Sherbrooke, nosso grupo deu início a algumas articulações para a difusão do conhecimento gerado naquele país para nossa realidade.

Em Programa de Professor Visitante do professor Patrick na EEUSP, os alunos de pós-graduação foram convidados a participarem do processo seletivo para ingresso no *Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program*¹, um programa de formação internacional sobre prevenção de incapacidades decorrentes do trabalho, voltado a doutores e doutorandos de diferentes países. A proposta deste curso, com duração três anos e meio, convergia com minhas expectativas, o que me levou à concorrência de vagas e posterior aprovação.

Durante o curso, estive na Universidade de Sherbrooke, em Montreal, durante 20 dias em três anos consecutivos (2007, 2008 e 2009) para participação das “sessões de verão” (aulas presenciais), além de participar das disciplinas à distância durante todo o período de duração do curso. Os temas abordados neste programa estavam centralizados na prevenção de incapacidades decorrentes do trabalho que, por sua vez, se respaldava no Modelo de Sherbrooke. Este Modelo, que será abordado detalhadamente em demais tópicos desta tese, apresenta diretrizes para a identificação e prevenção de fatores preditivos de incapacidades presentes no trabalho, reabilitação profissional e retorno precoce ao trabalho, numa perspectiva

¹ Para informações complementares sobre este curso, consultar:

Loisel P, Côté P, Durand MJ, Franche RL, Sullivan MJL, Baril R, et al. Training the next generation of researchers in work disability prevention: the Canadian Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program. *J Occup Rehabil.* 2005;15(3):273-842.

Loisel P, Hong QN, Imbeau D, Lippel K, Guzman J, MacEachen E, et al. The Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program: program performance after 5 years of implementation. *J Occup Rehabil.* 2009;19(1):1-7.

transdisciplinar, baseada em evidências, que confere credibilidade aos métodos utilizados.

Nos encontros presenciais, acompanhei a aplicação prática de algumas etapas do programa de reabilitação, pelos profissionais daquela Universidade e o desenvolvimento do Modelo de Sherbrooke, inclusive com o uso do guia de entrevista para levantamento dos fatores preditivos de incapacidades. A participação neste treinamento internacional de longa duração, proporcionou-me aprofundar os conhecimentos em uma metodologia sistematizada de ações estratégicas, direcionadas à prevenção dos diversos fatores que culminam em incapacidades decorrentes do processo de trabalho.

De posse deste conhecimento e com o suporte técnico e conceitual oferecido pelo *CAPRIT* para a adaptação deste Modelo no Brasil, aliados à evidente carência nesta área em nossa realidade (apontada pela própria inexistência de uma política estruturada para a reabilitação profissional e retorno ao trabalho), propomos iniciar um novo caminho na análise da saúde do trabalhador em nosso País.

Assim, o interesse de ambas as universidades nesta transferência de conhecimentos culminou na criação do projeto de pesquisa *Brazilian Work Disability Prevention - WDP*, coordenado por um grupo de pesquisadores brasileiros e canadenses, de diferentes disciplinas, para estudos de viabilidade da aplicação do Modelo de Sherbooke no Brasil.

No ano de 2008, foi realizado um treinamento pelos pesquisadores do CAPRIT na EEUSP para utilização do *Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI)*, que constitui o guia de entrevista validado nesta tese. O evento contou a participação de profissionais da área da saúde do Hospital Universitário da USP (HUUSP) e da EEUSP, grupo que, posteriormente, faria parte do Comitê de Especialistas para avaliação do processo de tradução da ferramenta.

Em 2009, com o objetivo de divulgar o tema de meu estudo para outros pesquisadores, participei do *29th International Congress on Occupational Health ICOH 2009*, realizado na Cidade do Cabo, na África do Sul. Por meio de uma apresentação oral, pude compartilhar e discutir o

assunto com renomados pesquisadores da área, de diversas partes do mundo. Outras palestras e treinamentos foram por mim realizados, no decorrer do mesmo ano, junto a profissionais de saúde pertencentes à Fundacentro e ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba (CEREST Piracicaba), em São Paulo, com o intuito de disseminar os pressupostos metodológicos do Modelo de Sherbooke e a viabilidade de sua implantação no Brasil.

No mês de Agosto do presente ano, participei de dois eventos internacionais direcionados à saúde do trabalhador: o *Seventh International Conference on Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders PREMUS 2010* e a *First Scientific Conference on Work Disability Prevention and Integration (WDPI)*, realizados na cidade de Angers, na França. Nesta oportunidade, pude apresentar os resultados preliminares desta tese e compartilhar de experiências e expectativas similares neste campo de pesquisa.

A incorporação de conhecimentos científicos e práticos, advindos de culturas distintas enseja a adaptação para realidade na qual se vivencia, com o intuito de se viabilizar esta aplicação, da forma mais coerente e menos traumática possível. Para isso, é preciso compreender os conceitos, o contexto de análise e o momento de desenvolvimento das teorias e, a partir de então, buscar pontos convergentes com a realidade apresentada.

É este encontro (e, talvez, confronto) de diferentes realidades que permeou o desenvolvimento desta pesquisa, que se interessou em adaptar o guia de entrevista para levantamento de fatores preditivos de incapacidades decorrentes do trabalho proposto pelo Modelo de Sherbrooke, como sendo o primeiro passo para a reflexão e análise da viabilidade de aplicação do modelo à nossa realidade.

1 INTRODUÇÃO

A carência de ferramentas investigativas direcionadas a determinadas áreas do conhecimento motiva pesquisadores e interessados a buscarem alternativas em contextos nem sempre semelhantes, mas que obtiveram sucesso com a mesma problemática. Esta busca reflete a necessidade de exploração de certas lacunas da ciência que, de alguma forma, pode ser alcançada por meio da construção de abordagens próprias ou da adaptação de métodos já desenvolvidos e validados em outros países.

Nesta perspectiva, os estudos de adaptação transcultural e, em especial, relacionados à área da saúde, têm ocorrido mais frequentemente entre os países, como uma consequência natural do processo de globalização vivenciado nos últimos anos. Estas experiências permitem a investigação por meio de ferramentas já validadas em ambiente estrangeiro, que podem conferir maior credibilidade ao processo investigativo.

Contudo, cabe ressaltar que nem todos os instrumentos de pesquisa são passíveis de adaptação, uma vez que há discrepâncias culturais intransponíveis. Por isso, faz-se necessária uma análise criteriosa da realidade que se pretende estudar frente ao material disponibilizado pelo país de origem e das técnicas para a transferência dessas bases conceituais.

A relação dos trabalhadores brasileiros com o contexto de trabalho tem sido traduzida por processos de desgastes, afastamentos recorrentes e aposentadorias precoces, resultado de uma política nacional desarticulada, frágil e com dificuldades operacionais. Pesquisas com trabalhadores da área hospitalar ratificam a assertiva acima e apontam para premência de ações intervencionistas neste âmbito (Magnago et al., 2010; Sancinetti et al., 2009; Sapia, Felli, Ciampone, 2009; Schmidt et al., 2009; Salomé, Martins, Espósito, 2009; Gurgueira, Alexandre, Corrêa-Filho, 2003; Barboza, Soler, 2003; Silva, Marziale, 2000).

Estudos realizados no Brasil para avaliação da capacidade para o trabalho mostram a importância da adoção de medidas preventivas, relacionadas às doenças musculoesqueléticas e incapacidades geradas no

ambiente de trabalho, assim como a relevância de se abordar a saúde na sua integralidade, uma vez que vários fatores corroboram com o comprometimento da capacidade para o trabalho (Felli et al, 2007; Martinez, Latorre, 2006; Raffone, Hennington, 2005; Walsh et al, 2004; Alexandre, Benatti, 1998).

Este perfil de morbidade dos trabalhadores da área da hospitalar, que decorre da vivência em ambiente propício para o desenvolvimento de incapacidades - um cenário gerador de sentimentos mistos de sofrimento e prazer e que expõe o trabalhador às diversas cargas de trabalho, desencadeia afastamentos recorrentes, de longos períodos ou absenteísmos isolados que mascaram uma real necessidade.

Isso decorre da própria política nacional de seguridade social, instituída pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Nela, afastamentos inferiores a 15 dias são assumidos financeiramente pelo empregador, enquanto afastamentos superiores ao período referido são assumidos pelo órgão nacional, mediante parecer favorável de médico pericial (Brasil, 1991).

Os afastamentos inferiores a 15 dias são bastante praticados pelas instituições de saúde, pois asseguram o descanso trabalhador e recuperação aparente das condições de saúde. A opção por este tipo de afastamento, também, é a preferida pelos trabalhadores, que temem a burocracia necessária para o afastamento formal e perdas nos ganhos financeiros mensais. Assim, quando os afastamentos de curto período ocorrem, o trabalhador fica à própria sorte: é ele o responsável por acessar quaisquer cuidados ou tratamentos, estando o empregador isento de qualquer responsabilidade junto à recuperação de sua saúde.

Já nos afastamentos superiores a 15 dias, sejam decorrentes ou não de acidentes de trabalho ou doença profissional, o empregador isenta-se da responsabilidade financeira junto ao trabalhador, uma vez que esta passa a ser assumida pelo INSS. Para isso, o trabalhador precisa submeter-se a uma avaliação médica pericial para avaliação de suas capacidades laborais e deferimento de sua solicitação (Brasil, 1991).

Esta perícia é efetuada por profissionais médicos vinculados ao Instituto de Previdência por meio de concurso público, independente de sua especialidade médica ou área de atuação. Este profissional não é submetido a treinamentos ou programas de capacitação para emissão de pareceres, o que torna o processo essencialmente individual e baseado em julgamentos e percepções pessoais. Por este motivo, muitos pedidos de afastamento são indeferidos, mesmo com a justificativa clínica emitida por médico especialista ou do trabalho (condição indispensável para encaminhamento do trabalhador ao perito do INSS).

Muitas vezes, o próprio profissional que realiza o encaminhamento do trabalhador ao INSS não dispõe de um histórico detalhado que subsidie o julgamento do perito o que, inevitavelmente, irá comprometer a análise do processo. É importante ressaltar que quanto melhor se conhece a história de adoecimento do trabalhador, mais apropriadamente se estabelecem as ações referentes ao processo de reabilitação e retorno ao trabalho.

O encaminhamento ao Programa de Reabilitação Profissional preconizado pelo INSS por meio do Decreto 3.048, tem sido praticado em uma pequena parcela da população (Brasil, 1999a). Nestes casos, os trabalhadores são atendidos pelos poucos CEREST regionais em pleno funcionamento, após percorrer um longo caminho.

Entretanto, não se identificam, por parte do Ministério da Previdência Social (MPS), propostas que incluam alguns quesitos imprescindíveis para a construção da base de uma política pública que viabilize, efetivamente, a reabilitação profissional, entendida como a inserção do trabalhador em um trabalho que permita sua integração social plena (Maeno, Takahashi, Lima, 2009).

Deste modo, os profissionais que atuam no processo de avaliação, reabilitação e reinserção profissional dos trabalhadores, estejam eles vinculados ao INSS, aos próprios órgãos empregadores ou aos serviços públicos de saúde, desenvolvem suas atividades isoladamente, sem qualquer integração ou comunicação entre as partes. Esta fragmentação nas ações de reabilitação, somada à política de altas programadas, praticada

pelo INSS, desencadeiam o retorno ao trabalho de um trabalhador, muitas vezes, sem condições para fazê-lo.

Na tentativa de encontrar ferramentas que respaldassem os profissionais na análise dos casos, na definição dos prazos de afastamento, plano de ações integradas para reabilitação profissional e condições de retorno ao trabalho, nada foi encontrado em revisão da literatura. Pelo menos, nada que correspondesse à complexidade compreendida pela situação, que não se restringe somente às condições individuais de saúde, mas ao ambiente de trabalho, relações com demais trabalhadores e superiores, participação do empregador durante o processo, histórico de afastamentos anteriores, integração das ações direcionadas ao trabalhador e aos próprios medos e expectativas do trabalhador e seus familiares.

Há alguns instrumentos de pesquisa já validados no Brasil, que subsidiam partes deste processo, principalmente em relação à avaliação das condições de saúde do trabalhador, como: 1- o *Cultural Study of Musculoskeletal and Other Symptoms and Associated Disability (CUPID Questionnaire)*, que associa sintomas musculoesqueléticos relatados pelos trabalhadores às atividades ocupacionais, aspectos psicossociais e outras incapacidades associadas (Ferrari, 2009); 2- o *Oswestry Disability Index*, que avalia as dificuldades cotidianas decorrentes da dor lombar ou nas pernas (Vigatto, Alexandre, Correa-Filho, 2007); 3- o *Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ)*, que avalia o impacto percebido dos problemas de capacidade para a realização do trabalho (Gallasch, 2007); 4- o *Disability of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)* que avalia a incapacidade física e sintomas em membros superiores (ombro, braço e mão) na realização de atividades (Orfale et al., 2005); 5- o *Nordic Musculoskeletal Questionnaire*, instrumento padronizado para avaliação de sintomas musculoesqueléticos (Alexandre, Barros, 2003); 6- o *Roland Morris Questionnaire*, que avalia o impacto das lombalgias nas atividades cotidianas (Nusbaum et al., 2001); 7- o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), que avalia a capacidade física e mental para o trabalho (Martinez, Latorre, Fischer, 2009).

Todos os instrumentos supramencionados são extremamente úteis para avaliação de fatores relacionados à incapacidade no trabalho. Contudo,

eles fragmentam a análise por segmentos corporais ou pela capacidade de realização das tarefas, aprofundando-se no foco a que se propõem analisar.

Estes achados demonstram o vasto conhecimento adquirido para a mensuração de grupos específicos de sintomas musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, mas também evidenciam a carência de instrumentos direcionados à análise conjunta das diversas dimensões que influenciam no processo de adoecimento e incapacidade.

Por este motivo, esta pesquisa emerge com o intuito inédito de estabelecer um diagnóstico situacional de incapacidades no trabalho sob as diversas perspectivas que envolvem este contexto. Para isso, será realizada a adaptação transcultural do *Work Disability Diagnosis Interview*, um guia de entrevista para identificação dos fatores preditivos de incapacidade presentes no ambiente do trabalho, que podem colaborar para o desenvolvimento de incapacidades, prolongamento do absenteísmo e retardo no retorno ao trabalho (Loisel et al., 2007).

Este guia de entrevista, desenvolvido por uma equipe multidisciplinar da Universidade de Sherbrooke, no Canadá, aponta para melhorias na saúde dos trabalhadores ao diagnosticar a situação, conhecer as barreiras de retorno ao trabalho e elaborar um plano de intervenções multiprofissional para cada trabalhador analisado.

Diferentemente de outros instrumentos investigativos de situações relacionadas à saúde, o *WoDDI* norteia-se por uma metodologia inovadora própria de abordagem das incapacidades, que constitui o Modelo de Sherbrooke. Este Modelo, proposto inicialmente para o gerenciamento das dores nas costas, atualmente é utilizado para outras sintomatologias associadas às incapacidades do trabalho, especialmente as de origem musculoesquelética. Para isso, o Modelo congrega diferentes abordagens para prover intervenções integradas, direcionadas ao trabalhador e ao local de trabalho (Loisel et al., 1994).

Assim, o presente estudo realizará a adaptação transcultural deste guia de entrevista contextualizando-o em relação aos pressupostos teóricos e metodológicos que embrionaram seu desenvolvimento e aprimoramento.

2 OBJETIVO

Adaptar, transculturalmente, o guia de entrevista denominado *Work Disability Diagnosis Interview* para o contexto brasileiro.

3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O objeto deste estudo é a incapacidade decorrente do trabalho. A construção deste objeto emergiu da necessidade de se aprofundar as pesquisas concernentes às incapacidades decorrentes do trabalho, em um contexto carente deste conhecimento e no qual as medidas paliativas tardias prevalecem. Ademais, o campo da prevenção de incapacidades para o trabalho é jovem e somente poucos pesquisadores dedicam seus esforços neste assunto, sendo a maioria advindos de disciplinas sem a usual associação entre trabalho e saúde (Loisel et al., 2005a).

A angustiante situação dos trabalhadores brasileiros, com ênfase nos trabalhadores da área da saúde, nas questões relacionadas ao afastamento do trabalho, reabilitação profissional e retorno ao trabalho, soma-se à problemática das incapacidades, assuntos estes que serão abordados a seguir.

3.1 O conceito de incapacidade

A definição mais utilizada para o termo incapacidade (*disability*) advém da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), uma publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que oferece uma linguagem padrão para os assuntos relacionados à saúde, incapacidade e funcionalidades (OMS, 2002).

Nos anos 80, o termo incapacidade era definido como a “redução ou falta de capacidade de realizar uma atividade, num padrão considerado normal para o ser humano, em decorrência de uma deficiência” (OMS, 2002). Paralelamente, os conceitos de deficiência (*impairment*) e desvantagem (*handicap*) também eram apresentados, numa abordagem mais direcionada à avaliação de funcionalidades e nível de independência do indivíduo.

Nos final dos anos 90, o termo incapacidade foi assim definido pela Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil, 1999b):

Redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Atualmente, pela CIF, a concepção de incapacidade alcançou um sentido global considerando, além das deficiências (funções e estruturas do corpo), as limitações às atividades e as restrições de participação (OMS, 2002). Este conceito tende à integração dos modelos médico e social na abordagem da incapacidade – definida, pelo modelo social, como uma síntese biopsicossocial que oferece uma visão integrada e coerente das diferentes dimensões da saúde, sob uma perspectiva biológica, individual e social (Rossi et al., 2007).

Para melhor compreensão da integração dos modelos acima referidos, e por acreditar que esta linha de construção conceitual converge com as expectativas para reflexões futuras, são apresentadas as duas definições de incapacidade, descritas também pelos mesmos autores.

No modelo médico, a incapacidade é considerada um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro estado de saúde e requer, essencialmente, assistência médica fornecida através de tratamento individual por profissionais. Os cuidados objetivam a cura ou a adaptação do indivíduo através da mudança de seus comportamentos. A assistência médica é a principal medida de intervenção e no nível das relações sociais, as reivindicações estão centradas nas reformas e ampliação das políticas de saúde (Rossi et al., 2007).

No modelo social, a incapacidade é considerada um problema socialmente construído, relacionado com obstáculos à integração plena dos indivíduos na sociedade. Nesta visão, a incapacidade não é um atributo individual, mas um conjunto complexo de condições criadas ou agravadas pelo contexto social. Assim, o enfrentamento da incapacidade requer, essencialmente, ação social, e passa pela responsabilização coletiva da sociedade: a implementação de modificações ambientais necessárias para garantir a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as

áreas da vida social. A funcionalidade da pessoa não depende apenas de seu processo de reabilitação, ainda que, em nenhum momento, a importância deste processo seja negada mas, sim, de mudanças sociais que, no nível político, transformam-se em questões referentes à cidadania e aos direitos humanos (Rossi et al., 2007).

Alinhado com o pensamento acima, Altman (2001) reflete que a maior diferença entre os conceitos de incapacidade é observada entre os modelos orientados individualmente e os modelos sociais, que examinam a incapacidade em um macro contexto, iniciando com a pessoa incapacitada como um grupo, ao invés de uma coleção de indivíduos.

A concepção de incapacidade não é a expressão natural de uma condição biológica humana, congênita ou adquirida, mas está articulada às determinações estruturais e às histórias das lutas sociais de sociedades singulares (Takahashi, 2006).

São as construções históricas e sociais que justificam abordar a incapacidade à luz da perspectiva biopsicossocial - condição *sine qua non* para a estruturação de novos modos de pensar e fazer políticas públicas de saúde do trabalhador.

É interessante observar que a evolução do termo incapacidade acompanhou os mesmos princípios de integralidade e holismo, pregados no conceito de saúde dos últimos anos. Todavia, diferentes significados podem ser atribuídos a esta expressão, de acordo com as perspectivas de quem analisa.

Neste sentido, Loisel e Durand (2005) fazem relevantes considerações: a) de acordo com a perspectiva do sistema de saúde, a incapacidade é causada por um problema médico e a boa prática pode aparecer no aprofundamento das causas deste problema. Por este motivo, o médico pode prescrever sofisticados exames e consultas a especialistas, com o intuito de induzir ao medo de uma doença severa para o trabalhador - que seria a causa da incapacidade prolongada; b) de acordo com a perspectiva do local de trabalho, a incapacidade tem como resultado a perda de produtividade, a desorganização do trabalho e custos extras. Por esta razão, a lógica do local de trabalho é manter a produtividade para manter os

lucros. O gestor local irá agir neste caminho, fazendo apelações, inclusive, para demitir o “trabalhador problemático”, e não para contribuir com retorno ao trabalho e com a retomada da saúde do trabalhador afastado; c) de acordo com a perspectiva da seguridade, a ausência do trabalho é um dano a ser direcionado ao mínimo de custos, com intuito de fechar o arquivo o mais rápido possível. Por esta razão, a lógica da seguridade é buscar uma solução simplista para responder, estritamente, ao seu contrato de seguridade e aplicar as leis e regulamentações como, por exemplo, “contestar o diagnóstico”.

Outras lógicas também são apresentadas pelos autores. Frequentemente, quando o caso de incapacidade não corresponde a uma lesão visível, como uma amputação, mas a um distúrbio pouco visível, como dores nas costas e *burnout*, suspeitas formam-se entre os *stakeholders*² e, às vezes, entre os colegas de trabalho, família e parentes (Loisel, Durand, 2005).

Apesar dos distintos panoramas de análise atribuídos à incapacidade, e por acreditar que esta deve ser abordada numa perspectiva biopsicossocial, dois princípios distintos nortearão este estudo: 1- para a construção do objeto que justifica este estudo, serão utilizadas as definições propostas pelo MPS (Brasil, 2008a), uma vez que este é o contexto de análise; 2- para a fundamentação teórica do modelo de prevenção de incapacidades decorrentes do trabalho (capítulo 4), do qual deriva o guia de entrevista adaptado nesta tese, será utilizado o conceito proposto pela Universidade de Sherbrooke, na perspectiva biopsicossocial (Loisel et al., 2005b).

Assim, para a análise contextual das incapacidades no Brasil, serão utilizadas as definições apresentadas pelo INSS para fins de concessão de benefícios. Este benefício, denominado auxílio-doença acidentário, relaciona-se à ocorrência de acidentes de trabalho, típicos ou de trajeto, e às

² O termo *stakeholders*, apesar de não possuir tradução literal para a língua portuguesa, é entendido como ‘atores sociais envolvidos no processo’, sendo estes atores representados por pessoas, organizações ou entidades representativas. Assim, ao longo desta tese, o termo original em inglês será mantido.

doenças causadas ou relacionadas ao exercício das atividades laborais (Santana, 2005).

Acerca da incapacidade, entende a Previdência Social (Brasil, 2008a):

- # Incapacidade temporária com afastamento inferior a 15 dias: interrupção do exercício laboral durante o período de tratamento psicofísico-social, por ocasião de acidente correlacionado à prática do trabalho, sendo que este afastamento, quando inferior ou igual a 15 dias, não gera pagamento por parte do INSS, sendo a cobertura financeira (remuneração salarial) desse período de responsabilidade do empregador;
- # Incapacidade temporária com afastamento superior a 15 dias: interrupção do exercício laboral durante o período de tratamento psicofísico-social por ocasião de acidente correlacionado à prática do trabalho e, quando superior a 15 dias, o afastamento é custeado financeiramente pelo INSS. No caso dos contribuintes individuais (como empresários, profissionais liberais, trabalhadores por conta própria e outros), o Instituto paga todo o período da doença ou acidente, desde que o benefício seja solicitado;
- # Incapacidade permanente: refere-se aos segurados que ficaram permanentemente incapacitados para o exercício laboral. A incapacidade permanente pode ser de dois tipos: a) parcial – quando, após o devido tratamento psicofísico-social, o segurado apresentar seqüela definitiva que implique redução da capacidade laborativa e com maior exigência de esforço para o desempenho da mesma atividade que exercia na época do acidente ou em impossibilidade de desempenho da atividade que exercia a época do acidente, permitido, porém, o desempenho de outra após processo de reabilitação profissional e; b) total - quando o segurado apresentar incapacidade permanente e total para o exercício de qualquer atividade laborativa.

O conceito de incapacidade que embasa a legislação previdenciária brasileira é restritivo, referindo-se exclusivamente à incapacidade física, necessitando de uma revisão mais afinada com os avanços teóricos e

técnicos mais recentes das concepções de incapacidade, cidadania e proteção social (Rossi, 2007).

Pode-se observar que tais definições embasam-se nos pressupostos do modelo médico (ou biomédico), o qual vê a incapacidade como um atributo da pessoa, diretamente causada por doença, trauma ou por outra condição de saúde, que requer cuidado médico oferecido na forma de tratamento individual por profissionais (Simonelli et al., 2010).

Mesmo considerando inapropriada, esta é a definição que embasa as políticas públicas acerca da saúde do trabalhador no Brasil e, portanto, deve ser considerada para fins de entendimento do modelo de reabilitação profissional vigente. Além disso, é indispensável conhecer as bases conceituais atuais para, então, refletir e articular novas concepções.

3.2 O contexto Brasileiro acerca das incapacidades

No Brasil, uma parte substancial dos custos diretos com acidentes e doenças de trabalho recai sobre o MPS que, por meio do INSS, tem a missão de garantir o direito à previdência social. Esta, constitui um seguro social destinado a reconhecer e conceder direitos aos segurados, cujas contribuições destinam-se ao custeio de despesas com vários benefícios, como a compensação pela perda de renda, quando o trabalhador encontra-se impedido de trabalhar, por motivo de doença, invalidez, idade avançada, morte, desemprego involuntário, maternidade ou reclusão (Santana et al., 2006).

Segundo os pressupostos da Previdência Social, referidos na seção anterior, o trabalhador que apresentar quaisquer situações de incapacidades deverá ser avaliado por um médico auditor do próprio Instituto, que é o responsável pelo diagnóstico final em relação à capacidade para o trabalho e pela concessão do benefício. Isso porque, o Brasil enquadra-se entre os países que limitam a concessão de benefícios ao período em que a incapacidade para o trabalho é reconhecida, independente da permanência da doença ou da lesão. Neste sentido, há a necessidade de submissão do beneficiário a exames periciais regulares para a determinação da

permanência ou não da incapacidade para o trabalho e, também, para a continuidade do recebimento do benefício (Takahashi, 2006).

Conforme Lei nº 11.430 (Brasil, 2006), regulamentada pelo Decreto 6.042 (Brasil, 2007a) e Instrução Normativa do INSS 16 (Brasil, 2007b), em seu Artigo 21-A, é esta perícia que irá caracterizar a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência do nexó técnico epidemiológico (NTE) entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade, constante da Classificação Internacional de Doenças (CID).

Com base os parágrafos 1º e 2º do mesmo Artigo, a perícia médica do INSS deixará de aplicar o NTE quando demonstrada a inexistência do nexó causal. Neste caso, cabe ao empregador a solicitação da não aplicação do NTE no caso, justificando o motivo da mesma. Em contrapartida, quando o nexó ficar demonstrado, o INSS poderá conceder o benefício acidentário, mesmo sem emissão prévia da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT (Brasil, 2006).

Assim, a concessão do benefício ocorre quando, além do estabelecimento do nexó causal, há a comprovação da incapacidade temporária ou permanente do trabalhador. O nexó técnico consiste no vínculo entre o diagnóstico da doença e as condições e ambiente de trabalho com risco potencial, tomando-se como base as doenças estatisticamente mais frequentes por categoria profissional.

O MPS (Brasil, 2010a) define o auxílio-doença acidentário como sendo:

Benefício concedido ao segurado incapacitado para o trabalho em decorrência de acidente de trabalho ou de doença profissional. Considera-se acidente de trabalho aquele ocorrido no exercício de atividades profissionais a serviço da empresa (típico) ou ocorrido no trajeto casa-trabalho-casa (de trajeto).

Sublinha-se que este benefício é concedido aos segurados temporariamente incapacitados para executarem as atividades laborais habituais, após o 15º dia consecutivo de afastamento (Boff, Leite, Azambuja, 2002).

Para isso, é necessário que o trabalhador ou a empresa faça a emissão da CAT e a entregue em uma Agência da Previdência Social, para posterior agendamento da perícia médica.

Enquanto recebe o benefício, o trabalhador é considerado licenciado e goza de estabilidade de 12 meses após o retorno às atividades - momento em que se cessa o pagamento do benefício (Brasil, 2010a, 1991).

Ao trabalhador que recebe auxílio-doença acidentário, a Previdência oferece o Programa de Reabilitação Profissional (PRP). Este Programa surgiu como uma resposta pública à questão da incapacidade associada aos acidentes de trabalhos e doenças profissionais. Ele foi proposto como uma política de âmbito nacional, integrante do sistema de benefícios previdenciários em 1943, mas tornou-se obrigação legal apenas em 1967, juntamente com os Centros de Reabilitação Profissional (CRP) – que atendiam os casos de maior complexidade - e Núcleos de Reabilitação Profissional (NRP), direcionados aos casos mais simples (Takahashi, Iguti, 2008).

O objetivo do PRP era de proporcionar a (re)educação ou (re)adaptação profissional e social aos trabalhadores, de forma a permitir a participação no mercado de trabalho e em seu contexto social (Brasil, 2010b). Este processo deveria ocorrer por meio dos serviços prestados nos CRP e NRP, que disponibilizavam todos os recursos terapêuticos necessários para a recuperação do trabalhador. Devido ao alto custo para manutenção destes centros e núcleos, e à falta de investimentos por parte do governo, na década de 2000 houve a total desativação dos mesmos, passando a vigorar o subprograma de perícias médicas das agências de benefícios da Previdência Social, prática atual (Takahashi, Iguti, 2008).

Apesar de insuficiente e restrita, a estrutura de readaptação profissional daqueles anos contava com uma prática de avaliação multiprofissional e, mesmo com dificuldades e limitações, fazia a recolocação profissional. Nos últimos anos, a descentralização deste processo para as agências do INSS e gerências executivas, não se fez acompanhar de adequada estrutura técnica e administrativa. Atualmente, as agências e gerências executivas contam com orientadores profissionais, em

número insuficiente, sem a devida formação, que têm a ingrata incumbência de promover a reabilitação profissional, um trabalho solitário e sem os recursos necessários, a despeito das exceções (Rossi et al., 2007).

A falência do modelo de reabilitação profissional consagrou as avaliações periciais como condição indispensável para análise da capacidade laboral, enquanto a reabilitação efetiva passou a ser restrita aos poucos centros de reabilitação em atividade no País, vinculados ao Ministério da Saúde (MS), por meio das Secretarias Municipais de Saúde. Isso porque, a partir da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), em seus artigos 196 a 200, as ações de saúde do trabalhador passaram a ser de competência do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a Lei Nº. 8.080, em seu Artigo 6, estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de ações de saúde do trabalhador, assim dispostas (Brasil, 1990):

§ 3º: entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, 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 (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 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 o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Assim, a reabilitação profissional passa a ser de duas pastas: a) no contexto do INSS: avaliação da capacidade laboral pelo médico perito, para fins de concessão de benefícios; estabelecimento do tempo de afastamento e retorno ao trabalho; encaminhamento ao PRP; e b) no contexto do Ministério da Saúde: execução da reabilitação profissional, com assistência de equipe multiprofissional.

Segundo o Artigo 62, as Seção V, subseção V da Lei Nº. 8.213 (Brasil, 1991):

O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade. Não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não-recuperável, for aposentado por invalidez.

No Artigo 89, a reabilitação profissional é descrita como o dever de proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive. Isso inclui o fornecimento de órteses, próteses, instrumentos de auxílio para locomoção e até transporte, quando necessário (Brasil, 1991).

Ao término do processo de reabilitação profissional, a Previdência Social emite um certificado individual, indicando as atividades para as quais

o reabilitado foi capacitado profissionalmente, sem prejuízo do exercício de outra para a qual se julgue capacitado (Brasil 1999a, 1991).

Em 1999, o Decreto 3.048, estabelece a nova estruturação da reabilitação profissional. Em seu Artigo 136, parágrafos 1º e 2º, incumbe ao INSS a prestação de serviços de reabilitação profissional mediante a celebração de cooperação técnico-financeira (Brasil, 1999a). Este dispositivo também amplia as funções básicas do processo de reabilitação profissional incluindo, dentre outros, a avaliação do potencial laborativo, orientação e acompanhamento da programação profissional, acompanhamento e fixação no mercado de trabalho, sem a obrigação de mantê-lo neste. Prevê, ainda, que sejam executadas, preferencialmente, por equipe multiprofissional especializada, nas unidades de reabilitação profissional.

Em 20 de dezembro do mesmo ano, o Decreto 3.298 institui oficialmente a orientação profissional, a ser prestada pelos correspondentes serviços de reabilitação profissional, levando-se em conta as potencialidades da pessoa portadora de deficiência, identificadas com base em relatório de equipe multiprofissional (Brasil, 1999b).

Como forma de garantir empregabilidade aos reabilitados, foi instituído que empresas com cem ou mais empregados são obrigadas a preencher de dois a cinco por cento de seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, mas habilitadas (Brasil, 1999a).

Para atender a demanda de trabalhadores incapacitados do trabalho, O Ministério da Saúde instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), no ano de 2002 (Brasil, 2002). Atualmente orientada pela Portaria Nº. 2.728 (Brasil, 2009), a RENAST integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

De acordo com esta Portaria, a implementação da RENAST deve ocorrer por meio da implantação dos CEREST, que têm por função dar subsídio técnico para o SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico e reabilitação em saúde, dos trabalhadores urbanos e rurais, nas esferas estadual, regional e municipal. Em março de 2009, a Rede contava

com 178 Centros de Referência, sendo 26 estaduais e 152 regionais (Brasil, 2009).

Estas iniciativas compõem parte de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, que vem se desenvolvendo de modo articulado e cooperado com os Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, com o intuito de assegurar condições de trabalho mais humanas e que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental. O desenvolvimento desta Política culminou na publicação da Portaria Interministerial nº. 800 (Brasil, 2005), que estabelece as diretrizes e estratégias para sua operacionalização, bem como as responsabilidades das instituições envolvidas: Ministério do Trabalho e Emprego, Fundacentro, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Saúde, enquanto Gestor Nacional do SUS. Estas mesmas Instituições devem estar articuladas para assegurar a implantação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, estabelecidas pelo SUS (Brasil, 1998).

Apesar de todo o arcabouço legal de amparo ao trabalhador incapacitado, seu reflexo na realidade não reproduz a mesma imagem descrita nos dispositivos legais. Os evidentes esforços e progressos para uma política pública de saúde do trabalhador, ainda estão aquém das reais necessidades dos trabalhadores.

3.3 A problemática dos trabalhadores incapacitados frente às incapacidades do sistema

A despeito dos esforços do governo federal, em suas diferentes esferas, para a reconstrução de uma política direcionada à saúde dos trabalhadores, a crítica realidade brasileira grita por ações urgentes, resolutivas e permanentes. Isso porque os trabalhadores, em especial os da área da saúde, vivenciam situações dramáticas quando precisam utilizar os recursos do sistema previdenciário para afastamentos decorrentes do trabalho.

Apesar de este estudo considerar somente a população que goza de vínculo formal de trabalho, não há como ignorar outra problemática contextual, que torna esta realidade ainda mais sofrível: a política excludente dos trabalhadores não segurados pelo INSS. Estes, são colocados à margem das políticas previdenciárias e estão desassistidos de qualquer outro tipo de assistência previdenciária.

Mesmo com o inegável reconhecimento desta segregação social, que necessita ser estudada cautelosamente, foi preciso este recorte, privilegiando determinado estrato de trabalhadores, para ser possível identificar a relação estabelecida entre os órgãos públicos e os trabalhadores incapacitados.

De acordo com dados da Previdência Social, os transtornos musculoesqueléticos representam a maior causa de doenças relacionadas ao trabalho notificadas no País (Brasil, 2008a). Esta informação refere-se apenas os trabalhadores registrados no INSS, que realizam a notificação do acidente de trabalho, mediante preenchimento da CAT. A ausência de dados do setor informal da economia brasileira traduz a parcialidade desta informação que, possivelmente, apresentaria um impacto mais acentuado se analisada na população trabalhadora total.

Nos últimos dois anos, a CAT também tem sido preenchida pelos CEREST regionais, independente do vínculo trabalhista do acidentado. Esta iniciativa certamente possibilitará a apreciação de um retrato mais aproximado da realidade dos trabalhadores brasileiros nos próximos anos.

Entretanto, mesmo os dados de acidentes ou doenças de trabalho, relacionados aos trabalhadores do setor formal da economia brasileira apresentam-se subestimados, devido à não notificação praticada pelas instituições, decorrente da inobservância da emissão da CAT, conforme apontado nos estudos de Oliveira e Gonçalves (2010); Binder e Cordeiro (2003); Alves, Robazzi, Marziale (2001); Sarquis (2000); Campoamor, Dominguez, Robazzi (1998). Estes trabalhos enfatizam a subnotificação de acidentes e doenças relacionados ao trabalho nos serviços hospitalares, especialmente com foco nos trabalhadores da área da saúde.

Dois estudos direcionados à avaliação da capacidade para o trabalho em profissionais de enfermagem encontraram as doenças musculoesqueléticas como sendo as mais prevalentes e as que mais comprometem a capacidade para o trabalho (Raffone, Hennington, 2005; Duran, Cocco, 2004). A intrínseca relação entre este tipo de morbidade e a diminuição ou perda da capacidade funcional, além da alta prevalência entre os profissionais de saúde, elegem este distúrbio como prioritário para estudos e intervenções.

A grande ênfase dada aos transtornos musculoesqueléticos, também decorre de duas peculiaridades: a presença da dor - um sintoma não visível, mas incapacitante; e a permanência no ambiente de trabalho, mesmo com a doença – o que caracteriza o presenteísmo.

Loisel et al (2001) referem o número crescente de casos de incapacidade resultantes da dor lombossacral em países industrializados, fato que tem recebido o nome de epidemia da dor nas costas nos Estados Unidos por alguns pesquisadores. Os autores também destacam a representatividade dos gastos com esta problemática na população economicamente ativa de Quebec (Canadá) e os altos índices de absenteísmo prolongado (mais de seis meses) associado a este tipo de distúrbio. Este mesmo grupo de pesquisadores demonstrou a importância da adoção de medidas preventivas de incapacidades decorrentes do trabalho, ainda na fase da dor, o que proporcionaria o retorno precoce ao trabalho e o gerenciamento das capacidades funcionais e limitações (Loisel et al., 2005b; Durand et al., 2003; Durand, Loisel, 2001; Loisel et al., 2001).

Muitos são os fatores que contribuem para o aparecimento e aumento da frequência dos transtornos musculoesqueléticos no ambiente hospitalar. Dentre eles, Alexandre (1998) destaca determinadas condições ergonômicas, que causam lesão na coluna vertebral, como: levantamento de peso excessivo, levantamento e manuseio de cargas de modo incorreto, levantamentos repetitivos, manutenção de uma postura por tempo prolongado, manutenção de posturas inadequadas e demais condições, como movimentos de rotação da coluna vertebral, flexões e extensões.

Outro estudo também aponta a coluna vertebral como sendo a área mais atingida pelas doenças osteomusculares, sendo a lombalgia a mais frequente, cuja cronicidade tem sido associada ao trabalho sentado ou pesado, ao levantamento de pesos, à falta de exercícios físicos e a problemas psicológicos (Murofuse, Marziale, 2005).

Dentre os estudos de incapacidades por morbidades específicas, destacam-se os que abordam as artrites, as doenças mentais, as lesões traumáticas e as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). São patologias que atingem grande número de pessoas, resultam em incapacidades de longa duração, têm impacto profundo no dia-a-dia e no trabalho das pessoas acometidas, afetando seus modos de conduzir a vida (Takahashi, 2006).

Segundo Waddel (2004), nos países ocidentais, aproximadamente 30 a 40% dos adultos referem dores nas costas anualmente, e 5 a 10% referem alguma incapacidade decorrente das dores nas costas. Geralmente, esta dor está associada a outros sintomas.

De uma forma geral, pessoas com distúrbios osteomusculares apresentam níveis substanciais de incapacidade, pobres índices de retorno ao trabalho e altos custos socioeconômicos, associados ao tempo de afastamento do trabalho. Também as variáveis psicossociais influenciam claramente no processo de reabilitação dos trabalhadores lesionados e nos resultados de retorno ao trabalho (Lloyd, Wagnorn, McHugh, 2008).

A despeito da sintomatologia decorrente deste tipo de doença, os trabalhadores de saúde permanecem no ambiente de trabalho. Alguns trabalhadores de enfermagem relatam que, às vezes, eles trabalham com dor porque os pacientes precisam deles. Por este motivo, eles consomem grande quantidade de drogas, como analgésicos, para alívio dos sintomas. Eles se ausentam do trabalho ou procuram assistência médica somente em situações extremas, quando o processo de desgaste está agravado e, em alguns casos, é irreversível (Loiola, Felli, 2007).

Os autores complementam que tais profissionais também relatam que esses sintomas agravam doenças pré-existentes, como tendinites, hérnia de

disco, encurtamento de membros inferiores e dor lombar crônica, além de comprometer a vida social e familiar (Loiola, Felli, 2007).

Apesar da irrefutável relação entre os transtornos musculoesqueléticos e o desenvolvimento de incapacidades, outros fatores intervenientes, semelhantemente relevantes, nem sempre são considerados, como a política previdenciária vigente, os entraves organizacionais e o contexto sociocultural.

A gravidade das lesões físicas não é o único determinante na reabilitação das pessoas com incapacidades; os fatores psicológicos e sociais (recursos de personalidade, apoio familiar, escolaridade, recebimento de benefícios previdenciários) têm maior influência nos resultados (Takahashi, 2006).

Ademais, a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica, presentes nos processos de trabalho particulares (Brasil, 2004).

Este conjunto de fatores contribui para o agravamento da situação de saúde dos trabalhadores de saúde, especificamente da área hospitalar, contingente observado neste estudo. Neste contexto, o trabalhador utiliza os afastamentos de curto prazo como medida terapêutica para alívio da dor e demais sintomas, o que acarreta no agravamento progressivo da condição de incapacidade.

Isso porque as condições de trabalho marcam o corpo do trabalhador. Para o pessoal de enfermagem, por exemplo, o envelhecimento precoce e a incapacidade resultante de acidentes e doenças profissionais são algumas marcas em seu *corpo físico*. O aumento da dependência alcoólica e o uso indiscriminado de psicofármacos refletem as marcas em seu *corpo psíquico*. O *corpo social* não sai ileso, pois as condições, a organização do trabalho e o tipo de tecnologia modelam os trabalhadores, impondo uma representação de um grupo a outro (Associação Brasileira de Enfermagem, 2006).

O desgaste contínuo do indissociável “físicopsicossocial” imerge o trabalhador num processo lento e incapacitante, que consumirá os anos de

vida laboral e a vitalidade na velhice, privando-o da autonomia e do prazer de realização de atividades simples do cotidiano.

Os trabalhadores brasileiros, que por algum motivo, passam a apresentar limitações físicas ou psíquicas para o exercício de sua atividade de trabalho, são condenados a permanecerem em auxílio-doença por tempo prolongado ou mesmo de forma definitiva, ou são devolvidos para o mercado de trabalho, desprovidos de qualquer possibilidade de se manterem (Rossi et al., 2007).

De fato, a falta de instrumentalização dos médicos peritos na avaliação da capacidade para o trabalho e definição do tempo de afastamento, coloca o trabalhador numa situação de impotência e passividade, escravizando-o às recorrentes perícias e à busca infindável de documentos comprobatórios de sua situação de incapacidade.

Os demais profissionais de saúde que avaliam este trabalhador em momento prévio ou concomitante à avaliação pericial, também não dispõem de ferramentas que permitam o delineamento da real situação de incapacidade, recorrendo predominantemente aos exames diagnósticos para comprovação da lesão.

Entretanto, a definição da capacidade laboral (que nem sempre é passível de diagnóstico) é a ferramenta chave para estruturação do plano de intervenções na reabilitação profissional e estabelecimento de condições para retorno ao trabalho. Ela deve contemplar a identificação de barreiras organizacionais e sociais para o retorno ao trabalho, bem como os fatores causais ou preditivos da incapacidade.

Mas esta não é a realidade vivenciada pela maioria dos trabalhadores avaliados pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa e/ou pelos médicos peritos do INSS.

Isso porque, ainda existem médicos peritos da Previdência Social que embasam seu trabalho na concepção de incapacidade como tragédia pessoal e, neste caso, encontram maiores dificuldades para realizá-lo, porque utilizam como ferramenta de trabalho a busca insana pelos

segurados “preguiçosos e malandros”, os quais não estariam socialmente legitimados a trabalhar (Takahashi, 2006).

Além disso, não existe um conceito universal de incapacidade, uma vez que os critérios de seleção para determinar quem é elegível ou não para os programas de reabilitação profissional, vinculados aos sistemas de previdência social dependem, em primeiro lugar, do enquadramento nos critérios de concessão dos benefícios de suporte de renda (Rossi et al., 2007).

De uma forma diferente, muitas vezes omissa, os SESMT são órgãos vinculados ao empregador e atuam para atender (e defender) os interesses deste, ainda que não declaradamente. Devido a isso, detém-se aos aspectos físicos e fisiológicos da lesão, desconsiderando a influência da política organizacional e ambiente de trabalho em seu desenvolvimento. Nos casos de doença ocupacional, raramente encorajam o trabalhador a caracterizá-la como sendo relacionada ao trabalho.

Outro agravante está na subnotificação dos casos, por parte dos empregadores e seus funcionários. A grande maioria dos trabalhadores acidentados, mesmo quando elegíveis, não recebe ou chega a solicitar benefícios juntos à Previdência (Santana et al., 2006). Ou seja, muitas vezes, o longo caminho a ser percorrido pelo trabalhador lesionado, seja por acidente ou doença relacionada ao trabalho, o remete de volta ao trabalho, mesmo sem condições para desempenhá-lo. Sua impotência frente aos altos muros do sistema, enterra-o no anonimato de mais uma queixa arquivada e não equacionada.

Esta situação crônica de trabalho pode ser facilmente observada no cotidiano das instituições hospitalares, por meio dos seguintes sinalizadores:

- a) a dor é considerada um sintoma e não se configura diagnóstico para afastamento do trabalho. Logo, o trabalhador procura o atendimento quando ultrapassado seu limiar de dor ou quando apresenta um sinal evidente de algum comprometimento – o que pode ocorrer em estágios avançados do agravo;

- b) o afastamento superior a 15 dias é um processo extremamente burocrático e exige laudos e exames comprobatórios, emitidos pelo médico

do trabalho ou serviço de medicina do trabalho da instituição. Essa burocracia faz com que os afastamentos com períodos inferiores a 15 dias sejam mais frequentes e recorrentes;

c) quando o benefício passa a ser assumido pelo INSS (ou seja, em períodos superiores a 15 dias de afastamento), o valor recebido pelo trabalhador nem sempre corresponde ao salário mensal habitual. Muitas vezes, o decréscimo no valor dos ganhos mensais também induz os trabalhadores a recorrerem aos afastamentos de períodos inferiores, os quais não afetam o montante salarial;

d) o trabalhador pode obter “alta” do INSS, ou seja, a suspensão do pagamento do benefício, sem que haja consenso com o médico do trabalho da instituição, que pode manter este trabalhador afastado do trabalho. Assim, o trabalhador não retorna ao trabalho devido à proibição do SESMT e, também, não recebe nenhum tipo de benefício do INSS, pois foi dispensado pelo mesmo – ou seja, fica sem nenhum ganho financeiro.

Cabe ressaltar que as altas programadas vêm sendo praticadas pelo INSS deste o ano de 2006. No momento da concessão do benefício (primeira consulta), o médico perito determina por quanto tempo o trabalhador irá receber os benefícios previdenciários. Para a manutenção deste benefício, o trabalhador afastado deve submeter-se às perícias periódicas para a confirmação de sua situação de incapacitado para o trabalho.

Um dos grandes dilemas vivenciado pelos trabalhadores é o intervalo de tempo entre as perícias periódicas. Geralmente, há longas esperas para o agendamento, especialmente no presente ano, com a greve dos médicos peritos em todo o Brasil. Neste caso, o benefício do trabalhador é cessado na data pré-agendada pelo médico perito e só será restabelecido após nova consulta pericial e parecer favorável, o que pode ocorrer meses após a interrupção do pagamento.

Neste íterim, o trabalhador fica sem receber os benefícios previdenciários e, na maioria das vezes, opta por retornar ao trabalho, como única alternativa para seu sustento. Em outros casos, o SESMT não permite o retorno ao trabalho, por considerar que o trabalhador não está apto para

assunção de quaisquer funções dentro da empresa, e este volta a travar uma batalha junto ao INSS, para a retomada da concessão do benefício.

Na perícia inicial, duas são as questões principais a serem decididas: a existência ou inexistência de incapacidade para fins de concessão de benefício, e a espécie do benefício, a depender da classificação do agravo, relacionado ou não ao trabalho. Em momentos posteriores, cabe ao perito a decisão pelo encaminhamento à reabilitação profissional, pela cessação do benefício por incapacidade ou pela indicação para aposentadoria por invalidez (Maeno, Vilela, 2010).

Mesmo nos casos em que há o encaminhamento do trabalhador para o Programa de Reabilitação Profissional do INSS (denominado erroneamente de Reabilita), este não se responsabiliza pela reabilitação física do trabalhador. Esta etapa é atribuída ao SUS e, quando encaminhado à reabilitação profissional, o trabalhador deve estar com sua lesão estável (Simonelli et al., 2010).

Acerca da reabilitação física, reconhece-se a importância dos procedimentos de alto custo e alta complexidade, financiados pelo SUS, como o fornecimento de órteses, próteses e equipamentos de apoio – conforme previsto na concessão de recursos materiais do Programa de Reabilitação do INSS (Rossi et al., 2007).

Deste modo, direfentemente da reabilitação profissional, a reabilitação física e psicossocial fazem parte das atribuições da área assistencial e compete ao setor da Saúde, ainda que a linha divisória entre ambas seja tênue e suas ações estejam diretamente imbricadas (Maeno, Takahashi, Lima, 2009).

A reabilitação profissional se resume no encaminhamento do trabalhador de volta à empresa de vínculo para função compatível e/ou realização de curso de requalificação profissional ou de elevação de escolaridade, quando a empresa não oferece função ou quando o trabalhador está desempregado. Esta dicotomia impede uma visão integrada do processo de reabilitação como proposto pela concepção sociopolítica da incapacidade. Os aspectos psicossociais deste processo ficam perdidos, sendo considerados apenas os aspectos biomédicos. Além disso, no Brasil,

não há obrigatoriedade de colocação no emprego, pelo programa público de reabilitação profissional (Simonelli et al., 2010).

Esta fragilidade conceitual, organizacional e operacional desqualifica a reabilitação proposta pelos órgãos públicos e desampara o trabalhador frente às suas necessidades e deficiências.

Mesmo com as reformas da Previdência Social ocorridas na década de 90 e avançadas pelos anos seguintes, não equacionaram os principais problemas diagnosticados pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador de 1993: os segurados continuam sendo tratados como não-cidadãos, a classe trabalhadora continua morrendo, sendo mutilada e adoecida pelo trabalho e as instituições públicas que fazem a interface com a saúde do trabalhador - Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e do Trabalho - continuam desarticuladas e com baixo poder de intervenção, diante do poderio das empresas. A ineficiência brasileira no manejo dos acidentes de trabalho e doenças profissionais é uma realidade que cotidianamente se atualiza, agravada pelas condutas do INSS de contenção da permanência dos trabalhadores incapacitados nos programas de suporte de renda, sem lhes ter ofertado a possibilidade de superação das desvantagens por meio de programas de reabilitação (Takahashi, Iguti, 2008).

O próprio Ministério da Saúde, na 13^a Conferência Nacional de Saúde, pontuou como um dos desafios das políticas públicas a execução do Programa de Reabilitação e Qualificação Profissional do INSS, extensivo aos empregados e desempregados, adequando-o às necessidades locais em parceria com o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), obrigando as empresas a acatar as orientações do programa (Brasil, 2008b).

Para Maeno e Vilela (2010), outro desafio a ser vencido na construção de uma política pública de reabilitação profissional refere-se à integração real entre os setores da Saúde e da Previdência Social, no tocante às concepções de saúde, incapacidade, reabilitação psicossocial e profissional. Além disso, Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional, localizados nas capitais brasileiras e em algumas grandes cidades do interior, têm uma atuação tímida e dentro dos limites de procedimentos administrativos.

Um estudo com o objetivo de analisar os facilitadores e barreiras para retorno ao trabalho, destacou as barreiras que apareceram como mais significativas foram as relativas às atitudes, ao apoio e aos relacionamentos dos profissionais do INSS e dos profissionais de saúde, que reforçavam as incapacidades, mostrando a contradição de serviços, sistemas e políticas. Estes, por sua vez, tornavam-se barreiras para que os trabalhadores pudessem acessar os seus direitos, a manutenção do estado de saúde, de condições de trabalho e de subsistência, de educação e treinamento (Toldrá et al., 2010).

Deste modo, a presente desarticulação das instituições públicas que gerenciam a saúde do trabalhador reflete diretamente no desamparo àqueles que recorrem (e têm direito) a este benefício. Há, ainda, a degradante situação dos trabalhadores que sequer conseguem acesso aos benefícios financeiros disponibilizados pelo Instituto e que ficam a mercê do atendimento regular, oferecido pelo SUS.

Este cenário merece uma ação imediata que consiga abranger a integralidade da saúde do trabalhador, independente de seu vínculo formal de trabalho, e que responda eficazmente às demandas apresentadas, de forma a proporcionar a melhor situação para o retorno ao trabalho. É necessária a construção de uma política nacional coerente, com diretrizes, estratégias, metas, equipe multiprofissional capacitada e integração entre as diferentes esferas de poder, com foco, inclusive, na prevenção efetiva dos agravos causados pelo ambiente de trabalho.

Deve haver o fortalecimento da representatividade dos trabalhadores junto aos órgãos de classe e movimentos sindicais, assim como a articulação com as entidades de pesquisa, no intuito de fortalecer as reivindicações junto ao governo federal, sejam direcionadas ao trabalho formal, informal ou desemprego. Os trabalhadores também devem melhorar o poder de negociação junto aos empregadores, nas questões concernentes a afastamentos, indenizações, tratamento, processos de reintegração ao trabalho, discriminações e melhores condições de trabalho.

Atualmente, encontra-se em discussão no MPAS e INSS a revitalização do modelo de reabilitação profissional vigente. É almejado que

as reflexões e resultados contidos neste trabalho somem-se aos esforços dos órgãos governamentais na construção de uma política mais justa e igualitária aos trabalhadores brasileiros.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A opção por uma ferramenta de pesquisa que constitui um guia de entrevista ocorreu pela possibilidade de se estabelecer um diálogo com os indivíduos durante a realização da consulta. Diferentemente dos questionários autoreferidos, em que o trabalhador lê, interpreta e responde de acordo com suas próprias percepções, este tipo de instrumento permite a realização de testes e exames, além da criação de vínculo interpessoal, o que colabora para a posterior interpretação dos dados questionados (mudança na entonação da voz, comportamento, expressões faciais, presença de choro ou riso).

Esta escolha, também, se respalda na possibilidade de obtenção de dados qualitativos que permitam a compreensão aprofundada da complexa teia de variáveis envolvidas na temática trabalho. Ao invés de fornecer um escore ou outro dado mensurável, o *WoDDI* permite a codificação dos resultados em indicadores preditivos de incapacidade e obstáculos para o retorno ao trabalho, o que também enriquece o processo de análise e propostas de intervenções.

Deste modo, o desenvolvimento do presente estudo fundamentou-se em duas premissas básicas: a primeira, relacionada aos pressupostos teóricos imbuídos no guia de entrevista, estabelecidos pelo Modelo de Sherbrooke; a segunda, referente ao método para transferência deste conhecimento para o contexto brasileiro.

4.1 O Modelo de Sherbrooke para avaliação das incapacidades

Os altos custos decorrentes dos afastamentos de trabalhadores incapacitados para o trabalho e a perda da produtividade motivaram pesquisadores canadenses a repensarem as propostas de prevenção, tratamento e reabilitação dos trabalhadores.

Estes esforços, predominantemente empenhados pelos pesquisadores da Universidade de Sherbrooke, culminaram em um caminho bastante

interessante na abordagem da incapacidade decorrente do trabalho, no âmbito transdisciplinar, desde sua conceituação à intervenção prática.

Apesar da grande dificuldade em se definir incapacidade, uma vez que se trata de um termo complexo, multidimensional e que abarca uma extensa variedade da natureza do problema (Altman, 2001), este grupo de estudiosos começou a associar o termo com o potencial individual de retorno ao trabalho. Isso significa que a incapacidade deve ser analisada sob perspectiva de retorno ao trabalho; ou seja, os esforços são direcionados para viabilizar a reabilitação funcional do indivíduo incapacitado (Loisel et al, 2005b; Durand et al, 2002; Durand, Loisel, 2001).

No entanto, o retorno ao trabalho é um processo ainda mais complexo do que a simples conceituação de incapacidade; ele envolve uma série de fatores, pessoas e relações indispensáveis para o sucesso em médio e longo prazo. Esta complexidade decorre da análise microcontextual das esferas intervenientes, que passa a ter multidimensões e níveis decisórios de poder que precisam estar alinhados no mesmo intuito.

Na década de 90, o Modelo de Sherbrooke surgiu com a intenção de associar diferentes paradigmas para propor intervenções integradas, direcionadas ao trabalhador e ao local de trabalho, ao invés de focar-se, exclusivamente, no tratamento da doença. Seu objetivo direciona-se ao gerenciamento das incapacidades causadas por distúrbios musculoesqueléticos, predominantemente na região lombar, causa principal de afastamento prolongado, em decorrência da dor musculoesquelética - considerada um sintoma, e não uma doença (Loisel et al, 2001; Loisel et al., 1994).

A consideração dos diversos arranjos envolvidos na problemática das incapacidades é reflexo de uma forma de pensar que norteia este Modelo, na qual a incapacidade, de origem musculoesquelética, é um problema multifatorial devido à desordem causal, às características globais dos trabalhadores (físicas e mentais) e aos fatores ambientais, como o local de trabalho, o sistema de saúde, o sistema de seguridade e as interações entre os *stakeholders* (Loisel et al, 2001). Esta afirmação, segundo os autores, é a mais forte evidência que sugere a substituição do paradigma focado no

tratamento da doença pelo paradigma da prevenção de incapacidades, afim de evitar seu prolongamento.

Outro fator que alicerça as bases conceituais deste paradigma é a consideração da dor como um sintoma incapacitante. Frequentemente, a dor é o primeiro sinalizador das condições que desencadeiam a incapacidade para o trabalho. Por este motivo, para que a prevenção da incapacidade seja possível, deve-se atuar antes de seu aparecimento; ou seja, durante a fase da dor. Esta pode ser denominada como “prevenção primária da incapacidade”, uma vez que a incapacidade ainda não ocorreu e os esforços são para evitá-la. No segundo momento, quando a incapacidade já está instalada, pode-se prevenir o prolongamento e a piora da situação, o que seria a “prevenção secundária da incapacidade” – ou reabilitação funcional.

É importante ressaltar que a dor é um sintoma, e não um sinal clínico, diagnóstico ou doença, enquanto a incapacidade refere-se à restrição das funções. Entretanto, a dor só pode ser conhecida por meio relato de quem a experencia; ou seja, a dor referida depende do que a pessoa pensa e sente e como ela comunica isso ao seu interlocutor. Compreender e tratar a dor como sendo o primeiro sinalizador de incapacidade no trabalho é uma mudança cultural ainda não incorporada em na sociedade. (Waddel, 2004).

No Modelo em discussão, o recrutamento do trabalhador é realizado, predominantemente, na manifestação da dor sem que exista, necessariamente, alguma doença ou incapacidade instalada (Loisel et al., 1994).

A fase da dor em que o indivíduo se encontra é um importante determinante para se estabelecer o momento de intervenção. Com o intuito de promover uma melhor prática baseada em evidencias para o gerenciamento de incapacidades, o Modelo de Sherbrooke propõe a intervenção para prevenção da incapacidade e retorno precoce ao trabalho, durante a fase subaguda da dor, compreendida entre 3-4 a 12 semanas após seu início, conforme relatam Durand et al. (2002); Loisel et al. (2002); Frank et al. (1998); Loisel et al. (1994). Salientam, ainda, Frank et al.(1998) que a intervenção nesta fase, independente das ações aplicadas, representa uma redução de 35 a 50% no tempo de trabalho perdido.

Além da dor relacionada à incapacidade, a carga econômica para a sociedade, as limitações para o trabalho e o absenteísmo podem ter importantes implicações sociais para os trabalhadores que sofrem de doenças osteomusculares (Loisel et al., 2007).

Por serem diversas e estarem associadas a diferentes estruturas sociais e organizacionais, as causas da incapacidade devem ser analisadas com base nesta diversidade. Partindo desta perspectiva, este novo paradigma propõe um modelo conceitual que demonstra que a incapacidade decorre de determinantes existentes em diferentes perspectivas: a) na perspectiva individual do trabalhador incapacitado ou lesionado; b) na perspectiva do sistema de trabalho (ambiente); c) na perspectiva do sistema de seguridade (previdenciário); e d) na perspectiva do sistema de saúde (Loisel, Durand, 2005). A figura a seguir representa esta teia de relações (adaptada de Loisel et al., 2005b).

Figura 1 - Arena de prevenção de incapacidades no trabalho

A proposta da Arena de Prevenção de Incapacidades do Trabalho é envolver os múltiplos *stakeholders* na prevenção e recuperação do trabalhador incapacitado, por meio de uma abordagem transdisciplinar. Com este intuito, todas as pessoas e/ou organizações envolvidas partilhariam as atribuições, numa construção transdisciplinar do saber, na qual todos contribuem para o desenho de um plano de intervenções mais integrado e com maiores chances de resultados efetivos.

Esta proposição reflete a compreensão de que uma única disciplina não é capaz de trazer sozinha, as respostas apropriadas para a complexidade da incapacidade (Loisel, Durand, 2005).

Segundo Loisel et al. (2005b), o envolvimento dos *stakeholders* na prevenção de incapacidades do trabalho, predominantemente, as decorrentes de transtornos musculoesqueléticos, deve se desenvolver:

- a. Com o envolvimento dos provedores de assistência à saúde, como médico, médico da família e gerente do caso. O tratamento deve considerar a cooperação multiprofissional e a extrapolação do modelo biomédico na conduta. Esta observação é relevante pois, segundo os próprios autores, a maioria das barreiras e facilitadores para o retorno ao trabalho está mais relacionada aos fatores psicossociais, ao ambiente de trabalho e gestão, ao invés dos distúrbios físicos;
- b. Com a participação ativa do trabalhador incapacitado, levando-se em conta suas expectativas em relação ao diagnóstico e prognóstico, não ignorando que estas podem estar vinculadas ao modelo biomédico e, portanto, devem ser contextualizadas à luz do modelo biopsicossocial;
- c. Com o envolvimento do local de trabalho, por meio da colaboração dos chefes, gerentes e colegas de trabalho; investimentos por parte do empregador; suporte organizacional e colaboração entre sindicatos e empregadores;
- d. Compreendendo o sistema de seguridade pública ou privada, por serem autoridades financeiras e por influenciarem no processo de intervenção para o retorno ao trabalho;
- e. Com a consideração do contexto social: o contexto sociopolítico que envolve o local de trabalho pode influenciar os resultados das intervenções para retorno ao trabalho. A exemplo, as dificuldades econômicas podem desencadear demissões, que podem ser associadas ao longo período de afastamento do trabalho pelo trabalhador; também, as relações sociais estabelecidas pelo trabalhador com familiares e rede de apoio social impactam no processo de retorno.

O envolvimento de todos os *stakeholders* no processo de retorno ao trabalho desencadeia a otimização deste processo. Para isso, é necessário

um mínimo de envolvimento das partes que, por possuírem diferentes paradigmas, devem ser encorajadas a tolerá-los para a busca de um objetivo comum (Franche et al., 2005).

Entretanto, poucos são os pesquisadores treinados para desenhar e conduzir estudos que envolvem os múltiplos *stakeholders* e suas divergentes perspectivas. Por este motivo, recentes evidências indicam que a incapacidade para o trabalho pode resultar da falta de comunicação e coerências das ações propostas por este grupo (Loisel et al., 2005a; Loisel, Durand, 2005).

O Modelo de Sherbrooke, além de embasar esta linha de atuação, prevê a formação e capacitação de profissionais para esta finalidade. Um ensaio clínico realizado em Québec, utilizou os pressupostos do Modelo para verificar se investimentos precoces em intervenções apropriadas na prevenção de incapacidades, permitiriam diminuição dos custos em longo prazo. Os resultados indicaram uma importante tendência neste caminho, mostrando que, durante os 6.4 anos de acompanhamento do estudo, a implementação do Modelo representou uma economia para os empregadores de US\$18.585,00 por trabalhador. Para cada US\$ 100,00 investidos em custos adicionais de intervenção no primeiro ano, retornaram US\$ 562,00 nos 5 anos consecutivos. Além deste impacto financeiro, 293 dias de afastamento do trabalho foram ‘economizados’ nos seis anos de acompanhamento (Loisel et al., 2002).

O novo olhar sobre as incapacidades, considerando, não somente, os fatores individuais (físicos), mas também todos os intervenientes no processo de reabilitação e retorno ao trabalho (condições sociais e organizacionais) e o modo de se considerar as questões concernentes ao ambiente de trabalho destacam o Modelo frente aos demais praticados atualmente no Brasil, fundamentados na vertente biomédica.

Por apresentar resultados favoráveis ao contexto das incapacidades e trazer benefícios reais ao trabalhador incapacitado, os pressupostos do Modelo de Sherbrooke têm sido replicados não somente no Brasil, mas também em outros países, como França Holanda e outras localidades dentro do Canadá.

Embasado nestes pressupostos, o *WoDDI* emerge como uma ferramenta de pesquisa que irá instrumentalizar profissionais da área da saúde na identificação do Diagnóstico da Situação de Incapacidade para o Trabalho (DSIT) que, por sua vez, irá subsidiar a construção do plano de ações de intervenção ao trabalhador, objetivando a recuperação de suas capacidades funcionais e retorno precoce ao trabalho.

4.2 O *Work Disability Diagnosis Interview - WoDDI*

A maioria dos questionários autoadministrados falha na identificação de toda a gama de informações disponíveis, durante os encontros usuais entre pacientes e médicos. Como resultado, os médicos continuam focando, primariamente, no tratamento da doença, ao invés da prevenção da incapacidade e reabilitação do trabalhador (Loisel et al., 2001).

Na tentativa de reduzir a lacuna entre a produção do conhecimento e a aplicação deste, o grupo de pesquisadores do *CAPRIT* desenvolveu um guia de entrevista inovador, com o intuito de ajudar profissionais da área da saúde a identificar, na prática, os problemas de incapacidades decorrentes de transtornos musculoesqueléticos relacionados ao trabalho (Loisel et al., 2007; Durand et al., 2002).

O guia de entrevista, denominado *Outil d'Identification de la Situation de Handicap au Travail (OISHT)* foi desenvolvido na língua francesa e traduzido para o inglês como *Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI)*. Seu objetivo é extrapolar o diagnóstico de gravidade para um diagnóstico de uma ou mais causas do prolongamento do absenteísmo no trabalho regular ou identificar situações que tornam o trabalho difícil, o que acaba contribuindo para a persistência da doença musculoesquelética. A identificação das barreiras para o retorno ao trabalho torna possível a elaboração de um plano de intervenções personalizado para cada paciente (Loisel et al., 2007).

Para assegurar a qualidade do desenvolvimento do guia de entrevista, foram observadas as etapas propostas na literatura em ciências sociais, a saber: 1) escolha de uma estrutura conceitual apropriada; 2) realização de

uma crítica revisão de literatura e consultoria com especialistas desta área; 3) elaboração de uma versão preliminar da ferramenta; e 4) pré-teste em um contexto real, com profissionais de saúde e pacientes, e subsequente revisão e reteste (Durand et al., 2002). Os autores discorrem sobre cada etapa:

A escolha de uma estrutura conceitual apropriada: um comitê de especialistas foi montado para a escolha desta estrutura conceitual. Este comitê foi composto por uma equipe interdisciplinar: um cirurgião ortopédico, um ergonomista, médicos ocupacionais, um médico ocupacional com especialidade em doença mental, um epidemiologista, um terapeuta ocupacional e um bioestatístico. Este comitê realizou uma análise comparativa das recentes estruturas teóricas utilizadas em reabilitação.

A crítica revisão de literatura: este mesmo comitê verificou as evidências científicas na prevenção de incapacidades e reabilitação para o trabalho; também identificou os elementos chaves da literatura médica para avaliação dos trabalhadores com incapacidades.

A elaboração de uma versão preliminar da ferramenta: a primeira versão do *WoDDI* foi desenvolvida entre 1996 e 1997.

Realização do pré-teste: a versão inicial foi utilizada de 1997 a 2001, em um hospital escola para reabilitação de trabalhadores afastados do trabalho devido a distúrbios musculoesqueléticos. Após os quatro anos de aplicação do *WoDDI* neste contexto, um comitê foi composto para realização da revisão dessa primeira versão. Este comitê incluiu os profissionais que haviam adquirido experiência com a aplicação do guia de entrevista e dois membros do comitê interdisciplinar realizado previamente. Os objetivos desta revisão foram: a) coletar a experiência dos profissionais que administraram o *WoDDI* e, após isso, providenciaram os serviços de reabilitação; b) melhorar a relevância de ferramenta; e c) revisar seu formato. Uma atualização da revisão da literatura também foi realizada neste período, utilizando-se o mesmo método proposto anteriormente. Uma segunda versão do *WoDDI* foi desenvolvida, com base na literatura e na prática clínica.

A primeira versão foi administrada por dois médicos e sete terapeutas ocupacionais, em 127 trabalhadores admitidos para o Programa de Reabilitação para o Trabalho denominado *PREVICAP*³ (Prévention et Réadaptation au Travail), pertencente ao *CAPRIT*. Este Programa, vigente até os dias atuais, é desenvolvido por uma equipe interdisciplinar e inclui duas fases sucessivas: (1) a fase do estabelecimento do DSIT, que possibilita a identificação dos fatores preditivos da incapacidade (e não da doença); e (2) um processo de retorno ao trabalho progressivo, que combina terapêuticas de retorno ao trabalho e intervenções ergonômicas centradas no local de trabalho (Loisel et al., 2005c; Durand et al., 2002).

A fase do diagnóstico resulta da aplicação do *WoDDI*, que subsidia as recomendações do gerenciamento do caso, subsequente intervenção e terapêutica de retorno ao trabalho.

Importantes considerações acerca de evidências científicas relacionadas a situações de incapacidade para o trabalho, são apresentadas (Loisel et al., 2005c; Durand et al., 2002):

- a) Evidências sociodemográficas: idade avançada, estar solteiro ou divorciado, ter dependentes;
- b) Evidências relacionadas ao trabalho: benefícios de compensação mais altos ou mais baixos que o salário regular, alta demanda de trabalho, isolamento social ou insatisfação nas relações com os colegas de trabalho, baixa expectativa para retorno ao trabalho, baixa satisfação profissional, indisponibilidade de tarefas mais leves, negação, alto nível de estresse ou sofrimento, baixa estabilidade profissional;
- c) Evidências biopsicossociais: incapacidade funcional importante, estado geral de saúde precário, diagnósticos específicos, lesão severa, tipo de lesão (acidente tipo), intensidade elevada da dor ou dor constante, local dos sintomas ou da lesão, presença de irradiação da dor, presença de sinais neurológicos, atrasos no tratamento ou longo período de afastamento do trabalho, história de dor musculoesquelética.

³ Para informações complementares, acessar o website: www.previcap.com

O objetivo principal do DSIT não é fornecer um diagnóstico de gravidade, mas sim formular um diagnóstico sobre a(s) causa(s) do prolongamento de determinado estado de incapacidade no trabalho ou de uma situação que torne difícil a realização do trabalho. Isto permite, por consequência, estabelecer um plano personalizado e priorizado de intervenção.

Além de melhor compreender a situação de incapacidade do entrevistado, o guia de entrevista também objetiva o estabelecimento de uma relação de confiança com trabalhador, a explicação acerca do plano terapêutico e condições de retorno ao trabalho e o início da intervenção educativa, com relação às diferentes facetas de seu problema de saúde, a fim de tranquilizá-lo.

A construção do *WoDDI* também se ancora no Processo de Produção do Deficiente – PPD, formatado pelo Comitê de Québec para a Classificação Internacional das Deficiências e Incapacidades. Este quadro conceitual considera a situação de incapacidade como o resultado situacional de um processo interativo entre as características da pessoa e do ambiente, que resulta do intercâmbio entre o atingido pelos sistemas orgânicos e pelas aptidões (capacidades e incapacidades) da pessoa por um lado e dos fatores ambientais por outro (Fourgeyrollas et al., 1998).

Com base nestes pressupostos, a segunda versão do *WoDDI* foi elaborada e vem sendo utilizada até os dias atuais. O guia de entrevista pretende, inicialmente, estimular o raciocínio clínico baseado no contexto de um caso, e não num resultado quantitativo. Por ser um questionário interpretativo, o treinamento dos aplicadores é uma condição indispensável para seu uso, com o intuito de assegurar a apropriada construção dos esquemas mentais. (Durand et al., 2002).

O *WoDDI* comporta questões abertas sobre os fatores físicos, psicossociais, ocupacionais e administrativos distribuídas em dez dimensões, totalizando 28 páginas, a saber:

- 1) História da moléstia atual: compreende o histórico da doença, lesão ou sintoma atual (motivo da entrevista);
- 2) Síndrome da dor: caracterização da dor;

- 3) Condições de saúde anterior e atual: histórico e situação atual do estado geral de saúde;
- 4) Exame físico: realização de teste, exames e avaliações das condições físicas;
- 5) Hábitos de vida: identificação dos hábitos de vida e possíveis alterações após o aparecimento do agravo à saúde;
- 6) História sócio-familiar: descrição das relações sociais e familiares;
- 7) Situação financeira: compreensão do impacto da situação atual nas condições financeiras;
- 8) Ambiente de trabalho: caracterização do ambiente de trabalho (organização, descrição das tarefas, relacionamentos etc.);
- 9) Percepções e expectativas do trabalhador: especificamente direcionadas ao processo de retorno ao trabalho;
- 10) Análise dos resultados e recomendações: ponderação dos indicadores encontrados e proposição do plano de intervenções.

Nestas 10 dimensões, são identificados Indicadores da Situação de Incapacidade para o Trabalho (ISIT) e Sinais Vermelhos (*red flags*). Os ISIT são indicadores relacionados às causas do prolongamento da incapacidade, e são classificados em: Pessoal (P), Administrativa (A) e Ergonômica (E). Os ISIT de ordem *Pessoal* estão relacionados aos fatores individuais, concernentes especificamente ao trabalhador: condições físicas, psicológicas, relações sociais e familiares, percepções, expectativas e nível de satisfação profissional. Os ISIT de ordem *Administrativa* referem-se à esfera organizacional do trabalho e envolvimento do empregador durante o processo. Por sua vez, os ISIT de ordem *Ergonômica* representam as condições e ambiente de trabalho, cargas de trabalho, relações profissionais, dentre outras.

Estes indicadores ou bandeiras podem ser identificados da seguinte forma:

P1.	ISIT – (P)	[descrição do ISIT de ordem Pessoal]	☐
A1.	ISIT – (A)	[descrição do ISIT de ordem Administrativa]	☐
E1.	ISIT – (E)	[descrição do ISIT de ordem Ergonômica]	☐

Na seção 10, todos os indicadores se repetem, agrupados por categoria, para realização da ponderação dos resultados entre os profissionais que aplicaram a ferramenta.

Os *Sinais Vermelhos* são indicativos de suspeita de patologias graves e que requerem cuidado médico específico o mais breve possível. São identificados conforme demonstrado abaixo:

	SINAL		
I.		[descrição do Sinal Vermelho]	☐
	VERMELHO		

É extremamente importante estar atento aos ISIT e Sinais Vermelhos ao longo da entrevista, pois são eles que irão respaldar a proposição do plano de intervenções para o retorno ao trabalho.

Atualmente, uma nova classificação proposta por Kendall et al (2009) vem ao encontro dos indicadores para identificação de possíveis obstáculos presentes no trabalho. Mesmo já tendo sido descrita previamente (Wadell, Burton, 2000), estas “bandeiras psicossociais do trabalho” podem ser associadas aos: a) indicadores de ordem Pessoal (psicossocial), denominados de *bandeiras amarelas (yellow flags)*, que se referem às crenças e comportamentos do indivíduo como fatores preditivos de um pobre resultado ou como barreiras consideráveis para o programa de retorno ao trabalho; b) indicadores de ordem Administrativa ou ‘contextuais’, que recebem o nome de *bandeiras pretas (black flags)* e estão relacionadas, não somente à instituição empregadora mas, também, aos sistemas e políticas vigentes e seu poder de influência frente ao processo de retorno ao trabalho; e c) indicadores de ordem Ergonômica ou ‘ocupacionais’, denominados de *bandeiras azuis (blue flags)* e incorporam as percepções do trabalhador em relação ao ambiente do trabalho e seu impacto na situação de incapacidade.

Estes indicadores ou ‘bandeiras’ são peças-chave para a formatação do plano de intervenções para o retorno ao trabalho, uma vez que indicam possíveis obstáculos ou facilitadores para este processo.

A administração do *WoDDI* exige a participação de dois profissionais de saúde previamente treinamentos, no período de duas a cinco horas, distribuídas entre o encontro com o entrevistado, discussão do caso e

elaboração das recomendações. O tempo e custos correspondentes, apesar de não serem usuais, refletem um ganho muito grande para os trabalhadores entrevistados, uma vez que o guia de entrevista possibilita o retorno precoce ao trabalho, representando ganhos no custo-efetividade do processo (Durand et al., 2002).

O *WoDDI* é conduzido por um médico e um terapeuta ocupacional, sendo o médico responsável pelo exame físico (Marois, Durand, 2009; Durand et al., 2002). Geralmente, o médico responsabilize-se pelas questões das seções de um a quatro, enquanto o terapeuta ocupacional assume as seções de cinco a nove. Para estas seções, os entrevistadores devem assinalar todos os ISIT que se referem ao trabalhador nos respectivos campos.

No intuito de disseminar o uso deste guia de entrevista no Brasil e, também, para viabilizar sua aplicabilidade em locais desprovidos de recursos humanos, estabelece-se que o profissional médico pode ser substituído por um fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional por enfermeiro ou psicólogo, desde que estes profissionais tenham experiência na área das incapacidades e recebam treinamento específico para este fim. Apesar da aplicação do *WoDDI* estar dividida em duas partes, sugere-se que a administração pelos dois profissionais seja realizada em um mesmo dia e, se possível, sequencialmente. Não há restrições acerca da inversão da ordem de aplicação; ou seja, pode-se começar a entrevista pelas seções de cinco a nove. Os profissionais também têm autonomia para complementar um a parte do outro.

Ao término da entrevista, os entrevistadores, em conjunto, identificam e ponderam os ISIT que o trabalhador apresenta. A ponderação é um processo de raciocínio clínico sobre o peso relativo (nível de importância) de cada ISIT, com relação ao prolongamento da ausência no trabalho do indivíduo. Por conseguinte, os ISIT são ordenados e somente os mais determinantes são conservados e relatados na seção dez.

Da mesma forma, nesta seção, são relatados os “trunfos”, ou seja, os fatores favoráveis para um eventual retorno ao trabalho. Esta análise permitirá elaborar um plano de intervenção personalizada para o

trabalhador, também considerando os obstáculos identificados para o retorno ao trabalho. Em alguns casos, uma avaliação aprofundada poderá ser necessária. Trata-se de uma avaliação complementar personalizada, que é recomendada em caso de necessidade, a fim de explorar uma ou diversas esferas específicas como, por exemplo, a avaliação ergonômica ou psicológica. Ela é realizada por um ou diversos entrevistadores e instrumentos de pesquisa, segundo o caso.

O esquema abaixo representa a operacionalização da ferramenta:

Figura 2 – Operacionalização do *WoDDI*

Dentre os instrumentos de pesquisa utilizados para detalhamento de determinadas situações identificadas por meio dos ISIT, os pesquisadores canadenses sugerem cinco questionários autoadministráveis, que poderão ser aplicados para capturar possíveis influências do prognóstico de retorno ao trabalho, a saber (Loisel et al., 2007):

1. Questionário *Roland-Morris*: instrumento composto por 24 indicações do impacto físico e psicológico da dor nas costas. Adaptado culturalmente para uso no Brasil por Nusbaum et al. (2001);
2. Escala numérica da dor e/ou Questionário de dor de McGill, para avaliação da dor em seus diversos aspectos. Adaptado culturalmente para uso no Brasil por Pimenta e Teixeira (1997);
3. Questionário *DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)*: composto por 30 itens que medem o grau de dificuldade que uma pessoa tem em desempenhar atividades devido a problemas das extremidades superiores, sintomas de severidade da dor, dor relacionada à atividade, tremores, fraqueza, rigidez, efeito desta condição em atividades sociais, trabalho, sono e auto-imagem. O *DASH* também contém dois módulos opcionais relacionados à habilidade do paciente em praticar esporte ou instrumentos musicais e trabalhar. Adaptado culturalmente para uso no Brasil por Orfale et al. (2003);
4. Escala TAMPA: composto por 17 itens, avalia a cinesiofobia. Adaptado culturalmente para uso no Brasil por Siqueira, Salmela, Magalhães (2007).
5. *Psychological Distress Index (PDI-14)*: é um questionário autoadministrado, adaptado do *Psychiatric Symptom Index*. É composto por 14 itens que medem a depressão, ansiedade, raiva e problemas cognitivos. Ainda sem validação para a língua portuguesa (Préville, Boyer, Légaré, 1992). Como não possui tradução para o português, outro questionário pode ser utilizado, como o Inventário de Depressão de Beck, já adaptado culturalmente para o uso no Brasil por Gorenstein e Andrade (1996).

A aplicação dos questionários acima mencionados não é excludente e não restringe a utilização de outras ferramentas. O importante é ter a clara

noção de qual ISIT deve ser melhor investigado e, a partir daí, buscar a melhor alternativa para fazê-lo.

O *WoDDI* tem sido aplicado em trabalhadores que estão afastados do trabalho, por um período compreendido entre quatro a doze semanas, pela possibilidade de sucesso no processo de retorno ao trabalho que, conforme já comentado, apresenta melhores índices quando a intervenção é realizada na fase subaguda da dor. Contudo, seu uso não deve ficar limitado a este tempo de afastamento porque, independente do tempo de afastamento do indivíduo, o guia de entrevista apresenta bons resultados. Seu uso é recomendado em quaisquer circunstâncias de trabalho, sendo que a aplicação nos trabalhadores não afastados do trabalho é justificada pela possibilidade de identificação precoce dos fatores preditivos para desenvolvimento de incapacidades, com finalidade preventiva e de plano de ações voltado pra minimizar e exposição a riscos e cargas de trabalho.

As orientações acerca do significado dos ISIT e Sinais Vermelhos, bem como de sua interpretação são descritas em um manual de orientações, que constará no Capítulo 6 – Resultados. Este manual foi traduzido da língua francesa, e adaptado para o uso no Brasil

Ao contrário dos questionários autoreferidos, os profissionais de saúde precisam ser treinados antes de aplicarem o *WoDDI*, que constitui um guia de entrevista semi-estruturado, especialmente baseado no bom entendimento do prognóstico de saúde e julgamento clínico da incapacidade decorrente para o trabalho, garantindo, assim, a fidedignidade do seu uso e, consecutivamente, o processo de transferência de conhecimento no País, por meio de multiplicadores (Loisel et al., 2007).

4.3 O processo de adaptação transcultural

A transferência de conhecimentos entre países de culturas distintas tem sido amplamente praticada no Brasil, especialmente com relação à adaptação transcultural de ferramentas investigativas na área da saúde. De modo geral, há uma forte tendência em se replicar instrumentos já reconhecidos internacionalmente em diferentes realidades.

Apesar da construção de novos instrumentos de pesquisa também ser uma prática recorrente, Ciconelli (1997) questiona a necessidade desta criação, quando se dispõe de outros com o mesmo objetivo e qualidade comprovada, uma vez que este processo é mais dispendioso em tempo e como, além do empenho pessoal. Também Guillemin (1995) refere que estudos de adaptação transcultural são altamente recomendados.

Nesta concepção, o mesmo é esperado do *WoDDI*, que vem sendo amplamente utilizado pela comunidade científica dedicada aos estudos das incapacidades relacionadas ao trabalho, predominantemente no Canadá, Holanda e França, com resultados significativos nestes contextos. Assim, o guia de entrevista corresponde ao primeiro passo em direção à implementação do programa de reabilitação do trabalho proposto pelo Modelo de Sherbooke.

Para a realização da adaptação transcultural do *WoDDI*, os pesquisadores canadenses e brasileiros submeteram um projeto de pesquisa denominado *Cross-cultural adaptation of the Work Disability Diagnostic Interview (WoDDI) for a Brazilian context* ao *Réseau provincial de recherché en adaptation-réadaptation (REPAR)*, um órgão de fomento à pesquisa no Canadá, que financiou o desenvolvimento do projeto no País (Loisel et al., 2007). Neste projeto, foram acordados todos os passos metodológicos a serem observados para o processo de transferência de conhecimento entre ambas as localidades, por meio da assinatura de um Termo de Compromisso Interinstitucional.

A adaptação transcultural de ferramentas e normas é um campo bastante desafiador. Para manter a validade do instrumento, considerando-se as importantes diferenças culturais, uma mera tradução linguística não é suficiente. Além disso, é recomendado seguir as diretrizes metodológicas desenvolvidas para este fim, pois este processo garante a adequada adaptação cultural da ferramenta e permite a agregação de dados vindos de diversas culturas (Loisel et al., 2007).

É importante ressaltar que, por ser o *WoDDI* um guia de entrevista qualitativo e bastante extenso, sua validação por meio da aplicação de testes psicométricos torna-se bastante complexa. No instrumento formal que

discorre sobre o método de adaptação, os autores argumentam que a avaliação da validade e confiabilidade do *WoDDI* será metodologicamente difícil. Apesar das entrevistas clínicas serem utilizadas diariamente no gerenciamento de distúrbios musculoesqueléticos subagudos e crônicos, elas raramente têm sido objeto de estudos de validação (Loisel et al., 2007). Tanto que, mesmo possuindo mais de dez anos de utilização contínua, não existem publicações acerca do processo de validação do *WoDDI*. Um único estudo discorre sobre a correlação entre fatores preditivos de incapacidade constantes no guia de entrevista (Marois, Durand, 2009). Os países que já utilizam esta ferramenta fizeram apenas o processo de adaptação transcultural, não aplicando métodos para sua validação. Para o contexto brasileiro, o consenso obtido junto aos pesquisadores canadenses preconizou, também, que se realizasse somente o processo de adaptação transcultural, pois este seria suficiente para o uso na realidade do País.

Ainda, no consenso obtido no Canadá para discussão do processo metodológico para adaptação, os pesquisadores consideraram que o *WoDDI* caracteriza-se como um guia de entrevista que auxilia o processo de identificação da situação de incapacidade relacionada ao trabalho e não se assemelha a quaisquer questionários autoadministrados.

Durante o desenvolvimento do guia de entrevista, foi realizado um pré-teste com os aplicadores da ferramenta para avaliar a semelhança no nível de entendimento dos itens, sendo aceitável para cada item o índice de concordância de 90%. O grupo de pesquisadores ratificou que a validação da ferramenta no Canadá ocorreu pela “própria concretização dos resultados positivos demonstrados ao longo dos anos”, o que referendou o processo de adaptação eleito.

De acordo com Guillemin (1995), a adaptação transcultural engloba a tradução da linguagem e o ajuste cultural das palavras, idiomas e contexto, possivelmente envolvendo a completa transformação de alguns itens, com o intuito de capturar o mesmo entendimento. Em relação à validação, o autor considera, ainda, que não está claro o quão distante um instrumento bem adaptado transculturalmente está de suas propriedades de medida. Isso não ocorre meramente porque é difícil checar se o instrumento adaptado explora

o mesmo conceito equivalentemente, isto é, a validade de conteúdo, mas também, porque as populações exploradas são diferentes, especialmente em muitas características relacionadas à cultura.

Nas pesquisas de abordagem quantitativa, os pesquisadores falam em validade e confiabilidade, usualmente referindo-se a pesquisas consideradas confiáveis, enquanto que a credibilidade na pesquisa qualitativa depende da habilidade e do esforço do pesquisador. Embora a confiabilidade e a validade sejam tratadas separadamente na pesquisa quantitativa, estes termos não são vistos separadamente na pesquisa qualitativa (Golafshani, 2003).

Isso porque a pesquisa qualitativa, que rejeita a verdade absoluta, estática e objetiva, preocupa-se com os significados e experiências pessoais dos indivíduos, grupos e subculturas. Muitos pesquisadores argumentam que o termo 'validade' não é aplicável às pesquisas qualitativas. Porém, ao mesmo tempo, eles reconhecem a necessidade de algum tipo de verificação de resultados neste tipo de pesquisa, propondo o uso de termos como 'fidelidade', 'digno ou merecedor', 'relevante', 'plausível', 'confirmável', 'confiável' ou 'representativo' (Winter, 2000). Enquanto validade e confiabilidade são utilizadas nas pesquisas quantitativas, rigor e qualidade são utilizados nas pesquisas qualitativas (Golafshani, 2003). A autora complementa que uma boa pesquisa qualitativa pode nos ajudar a entender uma situação que, caso contrário, seria enigmática ou confusa. A confiabilidade é um conceito de avaliação da qualidade em estudos quantitativos, com a proposta de explicação, enquanto o conceito de qualidade em estudos qualitativos tem a proposta de geração de entendimento. A diferença na proposta de avaliação da qualidade dos estudos em pesquisas quantitativas e qualitativas é uma das razões para que o conceito de confiabilidade seja irrelevante nas pesquisas qualitativas.

Patton (2002) discorda deste posicionamento, argumentando que a validade e a confiabilidade são dois fatores que qualquer pesquisador qualitativo deveria se preocupar no desenvolvimento do estudo, análise de resultado e julgamento.

Assim, entende-se que apesar de os testes de validade terem sido desenvolvidos para uso em instrumentos de medida quantitativos e, na grande maioria das vezes, não se aplicarem a instrumentos qualitativos, os pesquisadores devem manter o rigor do processo de adaptação, conferindo-lhe o maior grau de confiança possível.

Por não se poder avaliar a qualidade de uma adaptação transcultural, a menos sob o aspecto da perfeição bilingue, a utilização dos procedimentos internacionais propostos sugere um processo acordado na provisão de medidas com qualidade aceitável. Isto significa que o instrumento adaptado expressa a equivalência de conteúdo do original e, assim, garante a validade de conteúdo (Guillemin, 1995). Um exemplo disso, é a realização dos processos de tradução e retrotradução por tradutores qualificados e juramentados.

Assim, Guillemin (1995) define dois momentos distintos: a adaptação transcultural e a validação transcultural, composta pelos testes psicométricos, não contemplados neste estudo. Acerca disso, Sperber (2004) considera que como traduzir o questionário literalmente não é suficiente, o desafio é adaptá-lo de uma forma culturalmente relevante e compreensível, enquanto mantém o significado e intento dos itens originais. Para isso, com o processo de tradução completo, deve-se proceder a validação da tradução, por diferentes métodos, sendo que nenhum deles é livre de falhas. Um método seria a avaliação por um grupo de especialistas bilíngües ou grupo focal dos potenciais sujeitos da pesquisa.

Em conformidade com o consenso estabelecido junto ao grupo de pesquisadores do Canadá, e por acreditar que a adaptação transcultural realizada de forma rigorosa viabiliza o uso da ferramenta, utilizou-se os passos metodológicos nacional e internacionalmente aceitos para o processo de adaptação transcultural, propostos Beaton et al (2000), a saber:

Fase I. Tradução Inicial: a recomendação é de que haja, pelo menos, duas traduções do instrumento, da linguagem original para a linguagem alvo. Neste caminho, as traduções podem ser comparadas e as discrepâncias

podem refletir as expressões de maior ambiguidade em relação à linguagem original ou divergências no processo de tradução.

Para a tradução inicial, deverão ser selecionados dois tradutores, com conhecimento e perfis distintos, tendo, como linguagem mãe, a língua alvo para onde o instrumento está sendo adaptado - no caso, a língua portuguesa falada no Brasil:

Tradutor 1: este tradutor deve ter conhecimento dos conceitos que estarão sendo examinados no questionário a ser traduzido, como incapacidade funcional e outras desordens. A sua tradução tende a prover uma equivalência maior com a perspectiva clínica e que tenha maior proximidade com o contexto real.

Tradutor 2: esse outro tradutor não deve ter conhecimento ou informações acerca dos conceitos a serem traduzidos e não deve ter conhecimento nas áreas clínica ou médica. Esse tradutor deverá ser menos influenciado pelos objetivos acadêmicos e oferecer uma tradução que reflita uma linguagem mais coloquial, sempre destacando os significados ambíguos encontrados no questionário original.

Os tradutores bilíngues deverão produzir duas traduções independentes. Também é recomendado que eles elaborem um relatório com comentários adicionais que podem ser destacados nas frases e as incertezas encontradas. A razão para a escolha de um termo em situações ambíguas, também deverá ser pontuada.

Fase II. Síntese das Traduções: ambos tradutores e o responsável pelo projeto fazem uma síntese dos resultados da tradução em conjunto. Com base no questionário original e nas duas traduções, deve ser elaborado um relatório documentando a síntese do processo, com a identificação dos itens e como se chegou ao consenso.

Fase III. Retrotradução: com a versão consolidada, originada das duas traduções, procede-se a uma retrotradução do questionário para a língua original do instrumento. Este processo de validação objetiva certificar-se que

a versão traduzida reflete o conteúdo dos itens da versão original. Entretanto, a concordância entre a retrotradução e a versão original não garante que a tradução esteja satisfatória, por trata-se de uma simples análise de consistência de tradução. A retrotradução é apenas um tipo de medida de validação da tradução.

Para esta etapa, também são considerados dois tradutores, cuja língua mãe seja a língua original do instrumento (neste caso, o francês). Semelhantemente à situação anterior, estes tradutores também não deverão ser informados dos conceitos explorados e, preferencialmente, não deverão ter conhecimento na área médica. Ambos deverão fazer um relatório reportando as divergências e consensos identificados.

Fase IV. Comitê de Especialistas: a composição mínima do Comitê contempla metodologistas e os profissionais da área da saúde que irão administrar o instrumento. O objetivo é consolidar todas as versões das traduções e desenvolver o que seria considerada a versão pré-final do questionário, para ser aplicada no teste de campo. Assim, o Comitê irá revisar as traduções, em busca de um consenso com relação às discrepâncias.

O material a ser disponibilizado ao Comitê engloba o questionário original e as traduções realizadas. As decisões tomadas pelo Comitê também deverão ser documentadas, justificando o consenso para itens em que não houver plena concordância.

A versão pré-final, proposta pelo Comitê, deverá ser submetida à análise das dimensões de equivalências, para que o instrumento seja adaptado adequadamente para o outro idioma, conforme explicadas por Reichenheim, Moraes (2007); Beaton et al. (2000); Herdman, Fox-Rushby, Badia (1998).

A *Equivalência Conceitual* diz respeito à exploração do construto de interesse e dos pesos dados aos seus diferentes domínios no local de origem e na população-alvo onde o instrumento será utilizado. Envolve uma discussão com o Comitê de Especialistas, com a finalidade de explorar se os diferentes domínios abarcados pelo instrumento original na definição dos

conceitos de interesse são relevantes e pertinentes para o novo contexto ao qual está sendo adaptado. As discussões se dão à luz de uma revisão bibliográfica sobre o assunto. Requer, para sua obtenção, o julgamento de peritos ou membros da população onde o instrumento será aplicado, por meio de entrevistas ou grupos focais. O consenso deve ser alcançado nos itens e, se necessário, os processos de tradução e retrotradução deverão ser repetidos, para clarificar que outra palavra poderia ser utilizada.

A *Equivalência Semântica* envolve a capacidade de transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a atual versão, proporcionando um conceito correspondente nas duas culturas. O significado, em si, pode estar articulado às idéias ou objetivos do mundo, aos quais uma ou várias palavras se referem (conotativo) ou, ainda, se referir à aceção geral de cada item, captada por meio do instrumento original em comparação com a tradução final. Neste sentido, determinado item deve obter um efeito similar dos respondentes, no nível emocional, quando aplicada em culturas diferentes. Algumas questões podem ser formuladas, como: as palavras têm o mesmo significado? Quais os significados atribuídos ao item?

A *Equivalência Idiomática* refere-se às expressões coloquiais ou gírias utilizadas no país de origem e que são difíceis de traduzir. Nestes casos, o Comitê poderá formular uma expressão equivalente para a versão final.

A *Equivalência Experiencial* está relacionada aos itens que procuram capturar a experiência da vida diária. Entretanto, em diferentes culturas ou países, coisas que parecem simples podem não ser freqüentemente experienciadas (e, talvez, traduzidas). Nesse caso, os itens do questionário deverão ser substituídos por outros similares que, de fato, reflitam a experiência cotidiana daquela cultura.

A *Equivalência Operacional* faz menção à comparação entre os aspectos de utilização do instrumento, de modo que a eficácia seja semelhante, mesmo que o *modus operandi* não seja o mesmo. Deve-se identificar possíveis influências de certas características do instrumento, como o formato das questões, cenário de administração e modo de aplicação.

Por fim, uma vez que as duas ferramentas sejam equivalentes nas dimensões anteriores, considera-se que existe uma *Equivalência Funcional* entre as duas versões, ou seja, ambas medem os mesmos conceitos em culturas diferentes.

Outra análise passível de verificação nesta fase, é a avaliação da Validade de Conteúdo, que se preocupa com a representatividade ou relevância do conteúdo. Esta validade é, necessariamente, baseada no julgamento e não existem métodos objetivos para garantir que um instrumento cubra adequadamente o conteúdo que está medindo (Polit, Beck, Hungler, 2004; Lynn, 1986).

A Validade de Conteúdo inclui a afirmação, pelo Comitê de Especialistas, de que a medida é representativa no domínio a que se propõe avaliar. Deve-se considerar um mínimo de cinco especialistas para se prover uma análise suficiente de concordância. Caso este número seja inferior, todos os especialistas devem concordar com a validade do conteúdo (Lynn, 1986).

A análise da concordância entre os avaliadores que compõem o comitê pode ser calculada por meio do percentual ou índice de concordância entre os avaliadores (Tilden, Nelson, May, 1990):

$$\text{Índice de concordância} = \frac{\text{número de avaliadores que concordaram}}{\text{número total de avaliadores}} \times 100$$

Considera-se aceitável um percentual de 90% entre os avaliadores (Wynd, Schmidt, Schaefer, 2003; Tilden, Nelson, May, 1990). Outras fórmulas para a avaliação da Validade de Conteúdo, também são propostas por Lynn, (1986) e Waltz, Strickland e Lenz (1984).

Fase V. Teste da versão pré-final: a fase final do processo de adaptação é o pré-teste. Esse teste de campo do novo questionário propõe a utilização da versão pré-final em sujeitos ou pacientes do cenário alvo, com o objetivo de verificar o nível de entendimento das questões para a população entrevistada. Idealmente, de 30 a 40 pessoas deverão ser testadas. A

validação do método de adaptação ocorre nesta fase, quando do teste da ferramenta.

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) sugerem a utilização de técnicas de pré-teste para a verificação da equivalência entre o instrumento original e a versão adaptada. A *técnica de prova* ocorre com a verificação da compreensibilidade do instrumento em uma amostra pela população-alvo. Isso pode ser feito perguntando-se ao sujeito, após cada questão ou item, o que ele compreendeu do mesmo. Outro teste seria a aplicação das versões original e final do instrumento a dois *bilíngues leigos*, para verificação da equivalência. Neste caso, os bilíngues responderiam às duas versões para posterior verificação das equivalências. Os autores recomendam que haja opção por apenas uma das técnicas.

Fase VI: Submissão da documentação ao comitê de desenvolvedores ou coordenadores para aprovação do processo de adaptação: após a fase final do processo de adaptação, todos os documentos e relatórios são submetidos a um comitê composto pelos desenvolvedores da ferramenta, para analisar a fidedignidade do instrumento adaptado em relação ao original.

Os autores que discorrem sobre o processo de adaptação transcultural recomendam que, após o processo de tradução e adaptação, testes psicométricos (também denominados de *Equivalência de Mensuração*) sejam aplicados para garantir as características de confiabilidade, responsividade, validade de construto dentre outros. Estes testes deverão ser aplicados em amostras maiores.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo metodológico de adaptação transcultural de um guia de entrevista para identificação da situação de incapacidade para o trabalho para a realidade brasileira, desenvolvido no Canadá. Para isso, foram observados os passos propostos por Alexandre e Guirardello (2002); Beaton, et al (2000), Guillemin (1995) e Guillemin, Bombardier, Beaton (1993), também formalizados no projeto para transferência de conhecimentos entre Canadá e Brasil (Loisel et al., 2007).

5.1 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (Anexo A), que também autorizou o acesso aos dados dos trabalhadores afastados junto ao Departamento de Pessoal (Anexo B).

Todos os sujeitos que participaram do teste da versão pré-final assinaram, voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), após a explicação detalhada do estudo.

A adaptação transcultural do *WoDDI* foi autorizada pelo *CAPRIT*, por meio de carta assinada pelo seu diretor e representante (Anexo D).

5.2 O processo de adaptação transcultural

5.2.1 Tradução inicial

De acordo com as recomendações internacionais, foram realizadas duas traduções do guia de entrevista em sua linguagem original (francês) para a linguagem alvo (português brasileiro). Para esta tradução inicial, foram selecionados dois tradutores juramentados, com conhecimento e perfis distintos, tendo ambos o português brasileiro como linguagem mãe.

O primeiro tradutor possuía conhecimento dos conceitos que estavam sendo examinados no guia de entrevista a ser traduzido (incapacidade funcional e fatores preditivos para o retorno ao trabalho), além de ser familiarizado com traduções de materiais relacionados à área da saúde.

O segundo tradutor não detinha as informações acerca dos conceitos a serem traduzidos, bem como não possuía conhecimento nas áreas clínica ou médica. Este tradutor foi menos influenciado pelos objetivos acadêmicos e pôde oferecer uma tradução que refletia a linguagem mais literal do processo tradutório.

Ambos tradutores bilíngues produziram duas traduções independentes, destacando as discrepâncias e incertezas encontradas. A razão para a definição atribuída aos termos foi discriminada no relatório da Fase II.

5.2.2 Síntese das traduções

Foi realizada uma reunião junto aos tradutores que contou, também, com a participação da orientadora desta pesquisa. Com base no questionário original e nas duas traduções, foi estruturado um relatório documentando a síntese do processo, com endereçamento dos itens e justificativa do consenso final. Somente os termos que apresentaram divergências entre as traduções foram alvos de discussões e consonância.

5.2.3 Retrotradução

Com base no relatório da tradução inicial, foi estruturada uma versão consolidada do *WoDDI*, contemplando a síntese validada das duas traduções. Com esta versão, procedeu-se à fase de retrotradução do guia d entrevista para a língua original (francês). Este processo ocorreu no próprio *CAPRIT*, sob supervisão dos idealizadores da ferramenta e, também, da orientadora desta pesquisa.

A opção pela execução desta fase em Montreal emergiu durante o um programa de treinamento realizado naquele local. Em discussão sobre a

primeira fase de tradução do instrumento, foi consensado entre a pesquisadora do Brasil e os pesquisadores do *CAPRIT* que não haveria desvio no método de estudo, caso a retrotradução fosse realizada no país de origem. Ao contrário, o entendimento foi de que a validação seria mais aproximada da realidade.

Os critérios para esta etapa foram mantidos, sendo que os dois tradutores possuíam, como língua mãe, o francês. Ambos tradutores realizaram as traduções independentemente, apontando as divergências e dúvidas identificadas. De posse das retrotraduções, foi realizada uma reunião entre os pesquisadores de ambos os países, conforme supramencionado.

5.2.4 Comitê de Especialistas

A quarta fase do processo de adaptação transcultural, proposta por Beaton et al (2000) refere-se à constituição de um Comitê de Especialistas, a ser composto pelos profissionais com experiência na temática em análise. O objetivo é desenvolver o que seria considerada a versão pré-final do instrumento, a ser aplicada no pré-teste.

Este Comitê foi composto por profissionais da área da saúde, pertencentes ao Grupo de Estudos de Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (Grupo DORT) do HUUSP. O Grupo DORT surgiu como um esforço institucional para compreender, discutir e prevenir ou intervir nos fatores causadores para doenças osteomusculares. Dentre os participantes deste Grupo, destacam-se os que compuseram o presente Comitê:

- # Um médico ortopedista, especialista em cirurgias ortopédicas e com vasta experiência em tratamento de LER/DORT;
- # Uma médica pertencente à superintendência do hospital;
- # Um fisioterapeuta, especializado em tratamento de LER/DORT e com grande atuação e experiência na área de tratamento e reabilitação profissional;

- # Uma terapeuta ocupacional, com experiência no tratamento de LER/DORT e reabilitação profissional e, também, pesquisadora da área;
- # Uma terapeuta ocupacional, docente e pesquisadora da Faculdade de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da USP, com respeitada experiência na área de LER/DORT;
- # Uma enfermeira do trabalho, docente e renomada pesquisadora da EEUSP, especialista em estudos da saúde do trabalhador.

A não participação de um tradutor nesta etapa justificou-se pela etapa anterior, que foi desenvolvida e validada no Canadá, pelo próprio grupo de pesquisadores que desenvolveu a ferramenta. Nesta fase, o comitê canadense (constituído pela enfermeira do trabalho que participou do Comitê de Especialistas no Brasil, pelos desenvolvedores do guia de entrevista e por tradutores) buscou consolidar todas as versões do questionário e desenvolver o que seria considerada a versão pré-final do questionário para ser avaliada pelo comitê nacional.

Foram realizados grupos focais com os especialistas do Comitê, no paradigma da transdisciplinaridade, conforme proposição e consenso entre os pesquisadores canadenses e brasileiros. A técnica de grupo focal foi escolhida por possibilitar a integração, reflexão e construção de consenso entre os participantes, seguindo os ideais da transdisciplinaridade.

Como o Modelo de Sherbrooke pauta-se no trabalho em equipe desde a fase diagnóstica até a proposição e acompanhamento das intervenções, a estratégia da técnica seria de despertar os profissionais, precocemente, a contribuírem com seu conhecimento e a estarem abertos a ouvir, refletir e construir em parceria com o conhecimento do outro.

A transdisciplinaridade proporciona o despertar da consciência para a aquisição do conhecimento, numa perspectiva de integração e inserção do outro, da sociedade, da natureza, do planeta, numa realidade cósmica pautados pelo respeito, pela cooperação e pela solidariedade (D'Ambrosio, 1997).

A escolha da técnica de grupo focal decorreu da possibilidade de se reunir diferentes atores, num espaço de investigação que propiciou a reflexão crítica, observação de pontos consensuais e divergências, além das diferentes maneiras de superação dos problemas evidenciados e formulação de alternativas para os problemas levantados e discutidos pelo grupo (Chiesa, Ciampone, 1999).

Devido à extensão do guia de entrevista a ser analisado, foram necessários três encontros com os especialistas do Comitê, com duração média de quatro horas cada, para garantir uma análise criteriosa do material. Nos encontros, foram disponibilizados o questionário original e as demais traduções e retrotraduções, bem como os relatórios correspondentes (explicação da racionalidade utilizada em cada decisão tomada).

Diferentemente de outros métodos, os especialistas não receberam o material previamente para análise individual. Todos tiveram acesso às cópias durante as reuniões do Comitê, bem como às instruções para análise das equivalências (Anexo E), que também foram projetadas durante os encontros (Beaton et al., 2000).

Para construir um espaço de discussões, posteriormente às explicações para análise, foi projetada a versão pré-final do *WoDDI* (versão consolidada após traduções e retrotraduções), para possibilitar a avaliação coletiva de cada item, sendo a autora da presente tese a mediadora da discussão.

O consenso entre todos os participantes acerca das questões e testes foi o objetivo central dos encontros. Assim, os itens discordantes eram re-analisados e discutidos até o alcance do consenso do grupo, admitindo-se um percentual mínimo de concordância de 90% entre os especialistas, nos casos em que o consenso não era alcançado (Wynd, Schmidt, Schaefer, 2003; Tilden, Nelson, May, 1990). Durante as discussões, recorreu-se à literatura científica para suporte da tomada de decisão.

5.2.5 Teste da versão pré-final

Para verificação da compreensibilidade do guia de entrevista, a versão validada pelo Comitê de Especialistas foi aplicada em uma amostra da população-alvo de estudo, composta por 30 sujeitos (Alexandre e Guirardello, 2002; Beaton, et al., 2000; Guillemin, 1995; Guillemin et al., 1993). Foi considerada a possibilidade de ajustes nas questões de difícil compreensão entre, pelo menos, 15% dos participantes (Ciconelli et al, 1999).

De acordo com recomendações,, o pré-teste deve ser realizado com indivíduos que, efetivamente, representam o público-alvo a que o instrumento se destina (*World Health Organization*, 2007).

A **população de estudo** foi composta por trabalhadores vinculados ao HUUSP, em período de afastamento do trabalho devido a DORT. Contudo,o levantamento dos trabalhadores afastados por este distúrbio no HU, identificou um número bastante inferior ao preconizado pela literatura, para realização desta fase. Este número, segundo informações do próprio Departamento de Pessoal do Hospital (DP-HU), não refletia a realidade vivenciada pelos trabalhadores que, na maioria das vezes, afastavam-se do trabalho alegando motivos diversos, não os relacionando ao trabalho, apenas para não se submeterem à burocracia exigida nestes casos. Acredita-se, ainda, que além deste motivo, o elevado número de afastamentos inferiores há quinze dias também corroborou para o pequeno número de afastamentos apresentados pelo Hospital.

Por este motivo, foi estabelecida uma logística de trabalho, na qual o DP-HU encaminhava regularmente os dados dos trabalhadores afastados e, de posse destes dados, a pesquisadora estabelecia contato telefônico com o trabalhador, em busca de identificar se a causa do afastamento realmente estava relacionada ao trabalho, independente de o afastamento formal ter sido caracterizado como tal. Para isso, foi aplicado um inquérito investigativo durante o contato telefônico, para identificação dos casos (Anexo F). Durante este contato, somente não foram convidados para a entrevista os trabalhadores que, efetivamente, não haviam sido afastados por motivo

relacionado ao trabalho. Todos os demais, independente da emissão de CAT, foram convidados.

A adoção deste critério buscou atender à realidade dos trabalhadores brasileiros e não comprometeu a amostra, pois o processo investigativo via telefone permitiu a identificação do nexos causal com o trabalho, extinguindo a diferença entre os dois grupos (afastamento formal relacionado e não relacionado ao trabalho).

O **cenário** de desenvolvimento do estudo foi o HUUSP, um hospital público universitário referência em serviços assistenciais de média e alta complexidade. Também se constitui em um importante campo de estudos, devido ao seu compromisso com o ensino e pesquisa. Está localizado na região centro-oeste de São Paulo (Butantã) e presta atendimento à comunidade USP e da região em seu entorno, por meio do SUS.

A existência de um grupo de estudos de DORT foi o principal motivo para o desenvolvimento da pesquisa neste Hospital. O fato de este grupo ser constituído por uma equipe multidisciplinar comprometida com esta problemática e o interesse manifestado pelos envolvidos na participação do projeto, corroboraram para a seleção deste cenário.

Uma condição indispensável para a aplicação do *WoDDI* foi a participação em **treinamento prévio**. Por esta razão, foi realizado um treinamento na cidade de São Paulo, ministrado por duas terapeutas ocupacionais pertencentes ao *CAPRIT*, que participaram na construção do guia de entrevista e que fazem sua aplicação no cotidiano do *PREVICAP*. Este treinamento foi realizado com os membros do grupo DORT, durante cinco dias (40 horas), sendo a comunicação facilitada por uma intérprete.

Neste treinamento teórico e prático, exclusivamente dedicado à instrumentalização dos profissionais para aplicação do *WoDDI*, foi possível o profundo contato com o guia de entrevista e o esclarecimento de todas as dúvidas existentes, o que proporcionou uma efetiva troca de conhecimento entre as equipes dos dois países. Os treinados foram considerados plenamente aptos para a administração do *WoDDI* e, também, para a multiplicação deste conhecimento.

A **coleta de dados** foi realizada na Unidade Básica de Saúde do HU (UBAS), entre os anos de 2008 e 2010. Após o trabalhador ter aceito participar do estudo no contato telefônico, foi agendado um horário para que este comparecesse à UBAS para a entrevista, sendo suas despesas para este fim reembolsadas. O *WoDDI*, então, era administrado inicialmente pelo médico ortopedista treinado para tal e, posteriormente, pela pesquisadora. Eventualmente, esta ordem era invertida mas, necessariamente, a pesquisadora acompanhava as entrevistas realizadas pelo médico.

O tempo de aplicação do guia de entrevista pelos dois profissionais foi, em média, de duas horas. Entretanto, dependendo do quadro psicoemocional do sujeito, ela se estendia por mais algum tempo.

No decorrer da entrevista, a incompreensibilidade dos itens era anotada pela pesquisadora que, posteriormente, discutia com o médico possíveis alternativas para esclarecimento da questão ao participante. Não somente a dúvida verbalizada era anotada, mas também as expressões faciais ou a resposta dada erroneamente – que, possivelmente, era um reflexo do não entendimento da questão.

Como a aplicação do *WoDDI* é dinâmica, nos casos de não compreensibilidade da pergunta, imediatamente um outro sinônimo (ou, ainda, expressões coloquiais) era utilizado para garantir o entendimento do sujeito e, assim, viabilizar a coleta do dado.

Esta flexibilidade na forma de questionamento, ao mesmo tempo em que garante a compreensão do sujeito – pois, caso ele não entenda a pergunta original, o entrevistador pode utilizar uma segunda alternativa, pode dar margem a questionamentos errôneos. Para blindar este risco, foi desenvolvida uma estratégia bastante pertinente, que será apresentada nos resultados.

5.2.6 Submissão da documentação ao comitê de desenvolvedores ou coordenadores para aprovação do processo de adaptação.

A submissão da versão final do instrumento foi submetida à apreciação e validada pelos desenvolvedores da ferramenta.

5.3 Análise dos dados

A análise dos dados foi efetuada seguindo as fases propostas para o trabalho. Assim, nos processos de tradução e retrotradução, os dados foram analisados por meio de reuniões junto aos tradutores. As discussões e consensos acerca dos termos resultaram em relatórios descritivos, que buscaram retratar com precisão a justificativa para cada termo adotado. Nas discussões junto ao Comitê de Especialistas, os resultados dos consensos alcançados também foram sistematizados descritivamente, em forma de relatório explicativo.

Com relação aos dados do pré-teste, durante o ano de 2008, a análise foi feita junto à equipe multidisciplinar do Grupo DORT. Os poucos, porém interessantíssimos encontros realizados junto ao Grupo, seguiam as premissas também praticadas no Canadá. Nestas reuniões, a avaliação dos resultados extrapolava a análise da compreensibilidade propriamente dita dos itens e se direcionava, também, para a construção do plano de intervenções individuais contemplando, inclusive, o encaminhamento do trabalhador a profissionais e serviços e a proposição de intervenções no ambiente e local de trabalho.

Infelizmente, por mudanças organizacionais, estes encontros passaram a ser menos frequentes e deixaram de existir. Devido a isso, nos anos seguintes, a análise passou a ser feita exclusivamente entre os aplicadores do *WoDDI* e centralizou-se na análise do conteúdo dos itens. Assim, os itens de difícil compreensão entre os entrevistados eram discutidos e procedia-se a construção de questões auxiliares e explicações complementares que, posteriormente, também eram discutidas com a orientadora do estudo.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão apresentados e discutidos seguindo as etapas: tradução inicial e síntese as traduções, retrotradução, Comitê de Especialistas e teste da versão pré-final, conforme proposto por Alexandre e Guirardello (2002); Beaton, et al (2000), Guillemin (1995) e Guillemin, Bombardier, Beaton (1993), também formalizados no projeto para transferência de conhecimentos entre Canadá e Brasil (Loisel et al., 2007).

6.1 Tradução inicial e síntese das traduções

A síntese das traduções é resultado do processo de tradução inicial, razão que justifica a análise das duas fases simultaneamente.

O primeiro tradutor possuía conhecimento dos conceitos que estavam sendo examinados no guia de entrevista a ser traduzido (incapacidade funcional e fatores preditivos para o retorno ao trabalho) e sua tradução apresentou uma equivalência maior com a perspectiva clínica e com o contexto real. Em contrapartida, o segundo tradutor apresentou uma tradução mais literal das palavras.

Ambos os tradutores encaminharam as versões traduzidas para leitura prévia e, na sequência, foi estabelecida uma reunião para discussão das versões entregues. Esta reunião, que contou com a participação de ambos os tradutores e da orientadora do projeto, redundou num relatório sobre as discrepâncias, sintetizadas no quadro abaixo descrito. Nele, estão descritas somente as palavras e/ou frases que apresentaram divergências nas duas traduções apresentadas. Durante a discussão dos itens, foi obtido o consenso entre os participantes, mantendo-se a tradução mais próxima do sentido original da palavra. Isso porque, neste momento, interessava manter a tradução o mais próxima possível da original, uma vez que esta é a versão que será retrotraduzida para a língua francesa.

Deste modo, o quadro abaixo mostra o termo original em francês, as duas traduções independentes, o consenso obtido durante a reunião e a

justificativa para o consenso, obedecendo-se a ordem proposta no instrumento.

Quadro 1 – Síntese das traduções

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
Outil d'identification de la situation de handicap au travail (OISHT)	Instrumento identificador do estado de incapacitação para o trabalho (IIEIPT)	Ferramenta de identificação de uma situação de restrição no trabalho (FIRST)	Instrumento de identificação da situação de incapacidade para o trabalho (IISIT)	O título do instrumento ficou mais claro e mais próximo do original.
Handicap	Incapacitação	Restrição	Incapacidade	O consenso foi obtido por meio da análise do significado de <i>handicap</i> , que remete a uma situação de incapacidade (temporária ou permanente), que pode originar restrições. Apesar de ter optado pelo termo restrição, a segunda opção proposta pelo tradutor 2 seria incapacidade. O consenso absoluto emergiu pela análise conceitual da palavra.

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções

continuação

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
Histoire de la maladie actuelle	Histórico atual da doença	Histórico da doença atual	Histórico da doença atual	O tópico refere-se ao histórico da doença que desencadeou o afastamento do trabalho.
Titre d'emploi	Função	Ocupação principal	Denominação do emprego	Termo mais amplo que engloba tanto a função exercida, quanto o cargo ocupado.
Siège	Centro	Localização	Centro	Refere-se ao centro da localização da dor – mantido a tradução literal da palavra <i>centro</i> .
Lombofessier	Lombossacral	?	Lombossacral	Termo específico da área médica, traduzido corretamente pelo primeiro autor e desconhecido pelo segundo autor.
Fesse	Sacro	Glúteos	Região Glútea	O item que contempla esse termo trata de regiões musculares.
Soir	Ao anoitecer	Noite	À noite	Refere-se ao período noturno.
Facteurs modifiante la douleur	Fatores de alteração da dor	Fatores de modificação da dor	Fatores de alteração da dor	Refere-se aos fatores que alteram a dor – e não modificam.

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções

continuação

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
Défécation	Defecação	Defecação	Defecação	O termo foi mantido, apesar de não ser muito utilizado no Brasil. Possivelmente, sofrerá adaptação.
Médecin traitant	Médico principal	Médico consultado	Médico consultado	De acordo com o item, o termo refere-se ao profissional médico que foi consultado nas consultas realizadas anteriormente.
Ergothérapie	Ergoterapia	Ergoterapia	Terapia Ocupacional	No Brasil, o termo Ergoterapia não é utilizado; utilizamos Terapia Ocupacional para designar a mesma função.
Étiquetage diagnostique	Hipótese diagnóstica	Etiquetagem diagnóstica	Hipótese diagnóstica	O termo hipótese é mais utilizado e conhecido no Brasil.
Effet d'étiquetage	Efeito da hipótese	Especificação	Efeito da hipótese	Foi mantida a tradução mais próxima do original. Não houve entendimento sobre o significado desse termo e o mesmo deverá ser analisado em um segundo momento.

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções

continuação

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
Nommer l'étiquetage	Definir a hipótese	Especificar	Definir a hipótese	Apesar de ambos os termos terem o mesmo sentido, foi mantida a tradução mais próxima do original.
Identification du(des) site(s) douloureux	Identificação do(s) local(is) doloridos	Identificação do(s) local(is) dolorosos	Identificação do(s) local(is) de dor	Manutenção do termo mais utilizado para a referência da dor.
Accidentels	Acidentais	Acidentais	Acidentes	De acordo com o contexto do item, o termo correto é acidente. A substituição da palavra, apesar do consenso entre os tradutores, ocorre porque <i>accidental</i> refere-se a algo acontecido fortuitamente e, na frase, o termo refere-se a acidentes relacionados a antecedentes médicos
Comorbité	Comorbidez	Comorbidez	Comorbidade	Apesar de ambas as palavras estarem corretas, o termo mais utilizado, no Brasil, é comorbidade.

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções

continuação

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
Nombreaux antécédents accidentels, généraux	Grande quantidade de antecedentes acidentais, em geral	Numerosos antecedentes traumatizantes, gerais	Numerosos antecedentes de acidentes, em geral	A alteração nas palavras não interferiu no sentido da frase.
Habitudes de vie	Hábitos de vida	Hábitos diários	Hábitos de vida	Mantida a tradução literal da palavra.
Tabac	Tabaco	Fumo	Tabaco	Mantida a tradução literal da palavra.
Médicaments	Medicamentos	Remédios	Medicamentos	Mantida a tradução literal da palavra.
Enfant(s)	Filho(s)	Criança(s)	Criança(s)	Mantida a tradução literal da palavra.
Niveau d'usage du français ou de l'anglais	Nível de uso da língua francesa ou da língua inglesa	Nível de fluência do francês ou do inglês	Nível de uso do francês ou inglês	Este item se aplica ao Canadá (país de origem do instrumento), que é bilíngue. Contudo, talvez este item possa não ser aplicado à nossa realidade e, assim, deverá ser reconsiderado no momento da aplicação do instrumento.
Si ni français, ni anglais adéquats	Caso nem francês nem inglês adequados	No caso de não fluência do francês ou do inglês	No caso de não fluência do francês ou do inglês	Apesar de a primeira tradução estar mais fiel à original, mantivemos a segunda, por estar mais coerente.

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções

continuação

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
...demandes quei vous sont faites par votre entourage...	... solicitações que lhe são feitas por aqueles que o cercam...	...demandas que lhe são feitas pelo seu ambiente...	... solicitações que lhe são feitas por aqueles que o cercam...	Ambas as traduções têm o mesmo sentido, mas a primeira está mais coerente com o original.
Difficultés relationnelles	Dificuldades relacionais	Dificuldade de se relacionar	Dificuldades de se relacionar	Mantida a segunda tradução, por estar mais próxima do usual.
Présence d'événement (s) significatif (s) dans la famille	Existência de acontecimento (s) significativo (s) na família	Presença de evento(s) significativo(s) na família	Presença de evento(s) significativo (s) na família	Mantida a tradução literal da frase.
Bénéfices financiers secondaires présents	Presença de benefícios financeiros complementares	Benefícios financeiros secundários presentes	Benefícios financeiros secundários presentes	Mantida a tradução literal da frase.
Marche	Marcha	Andar	Marcha	Mantida a tradução literal da palavra.
Boiterie	Claudicante	Manco	Claudicante	Mantido o termo técnico cientificamente mais apropriado.
Précisions	Precisões	Detalhes	Detalhes	No contexto, este item se refere a um detalhamento acerca do exame físico.
Mobilité de la hanche et du genou	Mobilidade dos quadril e joelhos	Mobilidade da anca e do joelho	Mobilidade dos quadril e joelhos	Mantido o termo técnico utilizado para referência à região do quadril.

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções

continuação

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
Manceuvre	Manipulação	Manobra	Manobra	O item está descrevendo um tipo de manobra para avaliação da força muscular.
S'accroupir et se relever	Agachar-se e se levantar	Acocorar-se e se levantar	Agachar-se e se levantar	Mantido o termo técnico mais utilizado para avaliação da força muscular.
Releveur du pied	Abdutor do pé	Levantador do pé	Abdutor do pé	Mantido o termo técnico apropriado para designar a manobra na região dos pés.
Releveur du Gros orteil	Abdutor do grande artelho	Levantador do dedão	Abdutor do grande artelho	Mantido o termo técnico apropriado para designar a manobra na região dos pés.
Fléchisseurs des orteils	Flexores dos artelhos	Dobra dos dedões	Flexores dos artelhos	Mantido o termo técnico apropriado para designar a manobra na região dos pés.
Mollet	Panturrilha	Tornozelo	Panturrilha	O item refere-se à região muscular.
Rotulien	Rotuliano	Rótula	Rotuliano	O item refere-se aos reflexos musculares.
Achilléens	Aquileano	Aquiles	Aquileano	O item refere-se aos reflexos musculares.

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções

continuação

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
Cutané plantaire	Cutâneo-plantar	Planta dos pés	Cutâneo-plantar	O item refere-se aos reflexos musculares.
... atteinte neurologique/centrale	... afecção neurológica/central	... mal neurológico/central	... afecção neurológica/central	Mantido o termo técnico apropriado para designar a patologia.
Bord lateral du pied	Borda medial do pé	Borda lateral do pé	Borda lateral do pé	Mantida a tradução literal da palavra.
Syndrome de la queue de cheval	Síndrome de cauda equina	Síndrome de rabo de cavalo	Síndrome de cauda equina	Mantido o termo técnico apropriado para designar a morbidade.
Déficit sensitivo-moteur	Deficiência senso-motora	Déficit senso-motor	Déficit senso-motor	Mantida a tradução literal dos termos.
Assignment temporaire	Designação para trabalho temporário	Colocação temporária	Designação para trabalho temporário	Ambas as traduções possuem o mesmo significado, mas foi mantida aquela que esclarece melhor a questão.
CSST	Comissão de Saúde e Segurança no Trabalho	CSST	CSST	Esta sigla, que representa uma comissão específica na área da saúde do trabalhador no Canadá, deverá ser substituída, futuramente, por algum órgão equivalente no Brasil.

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções

continuação

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
SAAQ	Associação Seguro de Automóveis de Quebec)	SAAQ	SAAQ	Esta sigla, que representa uma associação na área de seguridade de automóveis no Canadá, deverá ser substituída, futuramente, por algum órgão equivalente no Brasil.
Statut d'emploi	Status do emprego	Regime de trabalho	Regime de trabalho	Contempla itens relacionados ao regime de trabalho
Temps complet régulier	Tempo integral regular	Tempo completo regular	Tempo integral regular	Refere-se ao período integral do trabalho regular.
Sur appel	Se chamado	Por chamada	Se chamado	Ambas as traduções referem-se ao sentido literal da palavra. Possivelmente, o termo será adaptado (sentido: horista).
Temps supplémentaire	Tempo extra	Tempo suplementar	Tempo extra	Ambas as traduções referem-se ao sentido literal da palavra. Possivelmente, o termo será adaptado (sentido: hora extra).

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções

continuação

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
Ancienneté	Tempo de serviço	Antiguidade	Tempo de serviço	Mantida a tradução mais próxima e coerente ao sentido da palavra.
Pause santé	Pausa por motivo de saúde	Pausa saúde	Pausa por motivo de saúde	Mantido o termo mais próximo do sentido contido na palavra. Possivelmente, o termo será adaptado (sentido: licença à saúde).
Pause repas	Pausa para refeições	Pausa almoço	Pausa para refeições	Mantida a tradução mais próxima e coerente ao sentido literal da palavra.
Assignation temporaire à un autre poste qu'au poste de travail régulier	Designação temporária para um posto diferente do posto regular	Assinação temporária em outro posto que o regular	Designação temporária para um posto diferente do posto regular	Mantida a tradução mais coerente.
Taches journalières	Tarefas cotidianas	Tarefas diárias	Tarefas cotidianas	Mantida a tradução que melhor represente o original.
...efforts les plus exigeantes...	...esforços mais penosos...	..esforços mais exigentes...	Esforços mais penosos	Mantida a tradução que melhor represente o contexto.

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções

continuação

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
Encombrement	Acúmulo	Tamanho	Acúmulo	Refere-se ao peso
Problèmes d'espace ou d'aménagement	Problemas de espaço ou organização	Problemas de espaço ou de arranjo	Problemas de espaço ou organização	Mantida a tradução mais próxima e coerente ao sentido literal da palavra.
... dureté du sol	...rigidez do solo	...dureza do solo	Rigidez do solo	Ambas as traduções referem-se ao sentido literal da palavra. Possivelmente, o termo será adaptado (sentido: tipo de piso).
Ces poids sont-ils situés à la bonne hauteur pour vous?	Estes pesos ficam situados a uma boa altura para você?	Estes pesos estão em que altura em relação ao senhor?	Estes pesos ficam situados em uma boa altura para você?	Mantida a tradução mais próxima e coerente ao sentido literal da frase.
Poids jugés trop lourds	Cargas consideradas demasiadamente pesadas	Peso julgado muito pesado	Cargas consideradas demasiadamente pesadas	Mantida a tradução mais próxima do sentido proposto na frase. Possivelmente, o termo será adaptado.
Choix	Escolha	Opção	Escolha	Mantida a tradução literal da palavra.

continua

Quadro 1 – Síntese das traduções conclusão

Termo original	Tradutor 1	Tradutor 2	Consenso	Justificativa
Craintes	Temores	Receios	Temores	Ambas as traduções possuem o mesmo significado, mas foi mantida aquela que esclarece melhor a questão.
Attentes	Expectativas	Anseios	Expectativas	Mantida a tradução que expressa o sentido da palavra original.
Indicateur de la situation de handicap au travail	Indicador do estado de incapacitação para o trabalho	Indicador de situação restritiva no trabalho	Indicador da situação de incapacidade para o trabalho	Mantidos os termos utilizados no título da ferramenta, a fim de manter-se a coerência.
Évitement de la douleur	Evitamento da dor	Fuga da dor	Evitamento da dor	Mantida a tradução literal da palavra.

Como pode ser observado no quadro acima, apesar de o tradutor 1 ter proporcionado uma tradução mais afinada com o contexto local, ambas as traduções ainda mantiveram-se bastante próximas do sentido literal contido na versão original do *WoDDI*, que nem sempre corresponde à realidade. Entendendo que a identificação de possíveis divergências no contato inicial com a ferramenta a ser adaptada é a finalidade desta primeira etapa do processo, os termos traduzidos foram mantidos, ainda que causem estranheza à leitura. Certamente, tais termos serão passíveis de revisão e adaptação no transcorrer das demais fases do método proposto.

6.2 Retrotradução

A versão consolidada das traduções iniciais do *WoDDI* para o português brasileiro foi submetida à retrotradução para a linguagem original

(francês), com o objetivo de certificar-se que a versão traduzida reflete o conteúdo dos itens da versão original.

Como já citado no método, esta fase do processo de adaptação cultural foi realizada em Montreal, em parceria com a Universidade de Sherbooke, por entender que esta lógica agregaria maior confiabilidade na validação dos termos. As retrotraduções foram analisadas pelos pesquisadores que desenvolveram e, atualmente, aplicam o guia de entrevista, juntamente com a orientadora do presente estudo.

Deste modo, os termos traduzidos que apresentaram diferença de sentido em relação ao original, no momento da retrotradução, foram pontuados durante esta discussão e estão descritos no quadro abaixo:

Quadro 2 – Considerações acerca da Retrotradução

Termo traduzido consolidado	Considerações acerca da Retrotradução
Instrumento de Identificação da situação de incapacidade para o trabalho (IISI)	A tradução da sigla do instrumento foi considerada pertinente e bastante coerente com a versão original em francês.
Denominação do emprego	Este item não se refere ao nome do emprego, mas sim ao cargo ocupado pelo trabalhador dentro da empresa. Deste modo, a sugestão é que se altere o termo para cargo ou função .
Comunicado à PREVICAP	PREVICAP é o serviço de reabilitação para onde o trabalhador é encaminhado. Neste caso, será necessário adaptar para a realidade brasileira, de acordo com o serviço de referência para o qual o trabalhador é encaminhado. Possivelmente, este item será avaliado junto ao Comitê de Especialistas.
Hipótese diagnóstica	O termo não se refere à hipótese de diagnóstico cogitada pelo médico, antes da confirmação do mesmo; ele está relacionado à conotação atribuída pelo trabalhador ao diagnóstico estabelecido pelo médico. Ou seja, associa-se ao modo que o trabalhador entende e interpreta este diagnóstico. Por este motivo, o termo correto a ser utilizado é rotulo diagnóstico , que carrega o sentido de rotulagem, no sentido pejorativo e negativo da palavra.

continua

Quadro 2– Considerações acerca da Retrotradução

continuação

Termo traduzido consolidado	Considerações acerca da Retrotradução
Ato médico inacabado	Na retrotradução, este termo ficou associado a um ato ou ação, como um evento único ou restrito não acabado. O sentido atribuído é de um tratamento clínico inacabado , razão que justifica a revisão junto ao Comitê de Especialistas.
Percepção da doença e/ou do tratamento errôneo	O termo <i>errôneo</i> pode remeter ao sentido de estar errado. No instrumento original, esta frase refere-se ao modo como o trabalhador percebe sua doença ou tratamento, não indicando, necessariamente, que esta percepção seja verídica. Por este motivo, foi sugerido o termo representação falsa da doença ou do tratamento , a ser analisado no momento da adaptação.
Inatividade administrativa com pré-referência prolongada	Durante a discussão da retrotradução, percebeu-se que o termo traduzido literalmente não representava o sentido deste item, que busca compreender se houve ausência de ações administrativas que causaram atraso no encaminhamento do trabalhador
Ausência de ação planejada	O sentido deste item não é o planejamento das ações, que pode ocorrer em uma ou outra instância, mas a falta de articulação entre os <i>stakeholders</i> envolvidos no processo. Por este motivo, houve a sugestão de substituição da palavra <i>planejada</i> por articulada
Anestesia em sela	A tradução literal do termo, apesar de correta, pode ser substituída pelo termo região do períneo , uma vez que esta é a área referida em análise.
Defecação	Foi sugerida a palavra inclinada para designar esta posição, dentro do item que avalia os fatores de alteração da dor.
F	Como esta letra não possuía significado, ela permaneceu inalterada no processo de tradução. Durante a discussão da retrotradução, ela foi definida como flexão .
LFD	Como estas letras não possuíam significados, elas permaneceram inalteradas no processo de tradução. Durante a discussão da retrotradução, elas foram definidas como flexão lateral para a direita (FLD) .

continua

Quadro 2– Considerações acerca da Retrotradução

continuação

Termo traduzido consolidado	Considerações acerca da Retrotradução
RD	Como estas letras não possuíam significados, elas permaneceram inalteradas no processo de tradução. Durante a discussão da retrotradução, elas foram definidas como rotação para a direita .
E	Como esta letra não possuía significado, ela permaneceu inalterada no processo de tradução. Durante a discussão da retrotradução, ela foi definida como extensão .
LFG	Como estas letras não possuíam significados, elas permaneceram inalteradas no processo de tradução. Durante a discussão da retrotradução, elas foram definidas como flexão lateral para a esquerda (FLE) .
LD	Como estas letras não possuíam significados, elas permaneceram inalteradas no processo de tradução. Durante a discussão da retrotradução, elas foram definidas como rotação para a esquerda (RE) .
Consumo	Durante a discussão da retrotradução, o termo <i>consumo</i> , sozinho, não deixava claro ao que se referia. Por este motivo, foi sugerida a adição do termo de drogas , para especificar que o consumo está relacionado a drogas (lícitas ou ilícitas).
Imigração recente	Os idealizadores do <i>WoDDI</i> sugeriam a exclusão destes termos na versão adaptada para o Brasil, por acreditarem que eles não refletem a realidade no País.
Nível de uso da língua	
No caso de não fluência do francês ou inglês	
CSST	Os pesquisadores canadenses sugeriram a substituição destes termos por outros pertencentes à realidade brasileira, relacionados à seguridade social, órgãos que concedem benefícios ao trabalhador afastado etc.
SAAQ	
Contestação	De acordo com a discussão da retrotradução, por referir-se às contestações de natureza jurídica, o termo legal pode ser acrescentado após a palavra <i>contestação</i> , com o intuito de reforçar seu sentido.

continua

Quadro 2– Considerações acerca da Retrotradução

conclusão

Termo traduzido consolidado	Considerações acerca da Retrotradução
Pausa por motivo de saúde	Este termo, que havia gerado discussões durante a síntese das traduções devido à sua ambiguidade, foi explicado como sendo as pausas realizadas por trabalhadores que possuem problemas de saúde ou estão com restrições para o trabalho. Deste modo, foi sugerido que se altere o termo para pausas durante o trabalho , lembrando de relacioná-las com as pausas decorrentes de um problema de saúde já existente.
Organização do posto de trabalho	Neste item, a tradução correta do termo em francês equivaleria a “organização espacial do posto”. Para facilitar a leitura, foi utilizado o termo design do posto de trabalho que, apesar de ser em inglês, é amplamente utilizado para descrever a organização física/ espacial do posto de trabalho
Estatismo prolongado na postura de trabalho	Na retrotradução, este termo ficou estranho e com dificuldade de compreensão pelos canadenses. Por este motivo, foi sugerida a sua adequação para facilitar o entendimento, como postura de trabalho estática e prolongada .
Cargas consideradas demasiadamente pesadas	Este termo ficou bastante confuso na retrotradução. Para facilitar o entendimento, foi sugerida a substituição pelo termo peso excessivo .

A discussão e análise dos dados advindos da retrotradução elucidaram alguns termos dúbios, que haviam sido discutidos durante a síntese das traduções, devido à dificuldade de entendimento. Alguns destes itens também apresentaram divergência do termo original e, por este motivo, foram sugeridas as alterações supracitadas. De qualquer forma, pode-se observar que poucas foram as alterações sugeridas, frente à quantidade de termos que constituem o *WoDDI*. Isso representa a boa qualidade do processo de tradução realizado no Brasil.

Cabe ressaltar um importante ganho com a realização do processo de retrotradução no país de origem: a possibilidade de se discutir junto aos seus desenvolvedores, possíveis dúvidas e incertezas decorrentes do

processo de tradução. Como o processo de retrotradução avalia a coerência da tradução inicial, ele colabora para a correção de erros que podem estar relacionados à tradução literal propriamente dita ou à interpretação embutida no termo traduzido.

Talvez, a realização da retrotradução no país de origem não conferisse tamanho ganho, se não fosse pela discussão entre os pesquisadores de ambos os países. Dois pontos primordiais conferiram maior credibilidade a este processo: o primeiro, relacionado à participação dos próprios desenvolvedores do guia de entrevista, que puderam esclarecer dúvidas que transpõem o processo de tradução; e o segundo, acerca da participação presencial de um pesquisador brasileiro que, também havia participado da síntese das traduções. Neste caso, além da discussão da tradução e retrotradução, também foi possível compreender outros itens que, mesmo bem traduzidos, não estavam perfeitamente claros.

Apesar desta não ser a prática recorrente nos processos de adaptação transcultural e de não haver nenhuma indicação sobre isso na literatura, pode-se afirmar, por esta experiência, que nos casos de instrumentos qualitativos, é bastante pertinente optar por este procedimento. Caso não seja possível a realização desta fase no país de origem, recomenda-se que haja uma reunião com os desenvolvedores da ferramenta logo após a fase de retrotradução, para esclarecimento de possíveis dúvidas e/ou incertezas, com o intuito de facilitar e enriquecer as discussões junto ao Comitê de Especialistas.

6.3 Comitê de Especialistas

Conforme já detalhado na Trajetória Metodológica, o Comitê de Especialistas contribuiu para a análise das equivalências e validade do conteúdo do *WoDDI*. (Reichenheim, Moraes, 2007; Beaton, Bombardier, Guillemin et al., 2000; Herdman, For-Rushby, Badia, 1998; Tilden, Nelson, May, 1990).

A validade do conteúdo foi verificada por meio da análise das equivalências de cada item do guia de entrevista e do percentual de

concordância entre os especialistas, para cada item. De forma similar ao preconizado pela literatura, este percentual foi construído simultaneamente ao processo de discussão do conteúdo. Isso significa que, conforme os conceitos eram colocados para avaliação, qualquer discórdia entre os participantes ensejava a revisão dos mesmos.

Deste modo, partiu-se do pressuposto que os itens cujo percentual de concordância fosse inferior a 90% deveriam ser reavaliados (Wynd, Schmidt, Schaefer, 2003; Tilden, Nelson, May, 1990). Por se tratar de um grupo pequeno, composto por seis especialistas, caso uma única pessoa discordasse do conceito proposto, este deveria ser revisto. Ou seja, a busca pelo consenso foi a meta deste processo.

O consenso, apesar de nem sempre representar a verdade absoluta do indivíduo, demonstra o esforço coletivo para se atingir um objetivo comum. Isso corrobora com o paradigma da transdisciplinaridade, no qual as idéias são construídas por todos os participantes e, caso haja o desacordo de uma das partes, necessariamente deve ocorrer a reavaliação do item.

As versões das etapas anteriores foram disponibilizadas aos integrantes do Comitê de Especialista na forma impressa, enquanto a versão final consolidada, após a etapa da retrotradução, foi projetada para discussão e consenso em grupo – busca da validação de conteúdo por meio da construção conjunta do consenso coletivo. Isso se justifica por tratar-se de um instrumento que não ‘mede’ objetivamente a informação; ou seja, não possui score ou itens passíveis de mensuração, mas se constitui em um guia de entrevista orientada, com questões abertas e direcionadas.

Assim, os dados abaixo representam somente os itens que geraram discordâncias entre os juízes e que demandaram discussões para a busca de consenso. Nos casos mais conflitantes, a busca na literatura amparou a tomada de decisão entre o grupo.

Quadro 3 – Adaptações propostas pelo Comitê de Especialistas.

Termo após tradução e retrotradução	Adaptações propostas pelo Comitê	Justificativa
Número do dossiê	Número de identificação do entrevistado	Interessa obter um número que identifique o entrevistado e, não necessariamente, o número de uma ficha ou processo ao qual este pertence.
História da doença atual	História da moléstia atual	O termo <i>moléstia</i> engloba, além da doença (diagnóstico), os sintomas (como o desconforto físico, por exemplo). A alteração foi pertinente pois o instrumento também pode ser utilizado para avaliação da dor.
Data do acidente	Data do acidente / início dos sintomas	Nos casos das doenças ocupacionais, em que não se é possível identificar a data do início da doença, deve-se anotar a data do <i>início dos sintomas</i> é interessante conhecer quando
Manipulação	Acupuntura	O termo <i>manipulação</i> está associado às práticas de quiropraxia, não muito comuns no Brasil. Por este motivo, a <i>acupuntura</i> foi alocada em substituição deste termo e, especialmente, porque outras terapias relacionadas à manipulação bastante utilizada no País já haviam sido consideradas (fisioterapia, terapia ocupacional).
Cintilografia	Tomografia computadorizada	A tomografia computadorizada é um exame de diagnóstico mais comumente utilizado para investigação dos distúrbios musculoesqueléticos, se comparada com a cintilografia.
Eletromiografia	Eletroneuromiografia	A substituição dos termos também seguiu a lógica descrita acima (exame diagnóstico mais comumente utilizado).

continua

Quadro 3 – Adaptações propostas pelo Comitê de Especialistas continuação

Termo após tradução e retrotradução	Adaptações propostas pelo Comitê	Justificativa
Rótulo diagnóstico	Conotação do diagnóstico atribuído	Apesar do entendimento coletivo do significado do termo <i>rótulo diagnóstico</i> , a substituição das palavras foi efetuada para que o sentido da frase ficasse mais explícito e entendível ao entrevistador.
Rótulo atribuído	Diagnóstico relatado	A substituição dos termos objetivou a clareza da informação a ser buscada pelo entrevistador. Ou seja, o <i>rótulo atribuído</i> corresponde ao diagnóstico relatado para o trabalhador, conforme seu entendimento.
Tratamento clínico inacabado	Tratamento em curso	Apesar de ambos os termos possuírem o mesmo significado, a palavra <i>inacabado</i> pode gerar duplo entendimento, como se o tratamento tivesse sido abandonado ou não tivesse terminado por outro motivo. Contudo, este item busca identificar se o trabalhador está, atualmente, realizando algum tipo de tratamento.
Percepção, pelo trabalhador, de um ato médico inacabado	Percepção, pelo trabalhador, de um tratamento incompleto	Neste caso, trata-se da percepção do trabalhador acerca do tratamento realizado. A intenção é conhecer o que o trabalhador pensa em relação ao tratamento que lhe foi oferecido: se este foi suficiente (completo) ou não.
Centro da dor	Local da dor	No Brasil, a localização da dor (onde ela está ou onde ela inicia-se) é mais conhecida como <i>local da dor</i> .
Pulso	Punho	Este item aborda a localização da dor, que pode ser no punho (sistema musculoesquelético) e não no pulso (sistema circulatório).
Permanentemente	Constantemente	Substituição das palavras sem perda de sentido. O item avalia o momento em que a dor se apresenta.

continua

Quadro 3 – Adaptações propostas pelo Comitê de Especialistas continuação

Termo após tradução e retrotradução	Adaptações propostas pelo Comitê	Justificativa
Dor recalcitrante progressiva, aumentando de modo exponencial	Dor recidivante , progressiva, exponencial	Substituição das palavras por sinônimos, sem perda do sentido original, com o objetivo de facilitar o entendimento do entrevistador.
Rigidez muscular	Rigidez articular	O item aborda possível presença de rigidez nas articulações, e não nos músculos.
Inclinada	Agachada	Em ambas as traduções iniciais, este item foi traduzido como <i>defecação</i> . Durante a discussão na retrotradução, foi sugerida a substituição para <i>inclinada</i> , pois o termo havia ficado pejorativo quando da conversão para a língua francesa. Contudo, o Comitê concluiu que a posição de defecação, proposta no instrumento, também é reconhecida como posição <i>agachada</i> ou <i>de cócoras</i> . Por este termo ser o mais próximo do original, e por esta posição afetar no sintoma da dor para pessoas com distúrbios musculoesqueléticos, a substituição foi efetuada.
[nenhum]	Desvio medial	Na avaliação dos movimentos que alteram a dor, foi sugerida a inclusão do <i>desvio medial</i> , uma vez que o desvio lateral estava contemplado.
Braço erguido	Braço elevado	Substituição por sinônimo para adequação na linguagem utilizada, sem comprometimento do sentido original.
Sinais ou sintomas indicadores de déficit neurológico	Sinais ou sintomas sugestivos de déficit neurológico	Substituição por sinônimo para adequação na linguagem utilizada, sem comprometimento do sentido original.

continua

Quadro 3 – Adaptações propostas pelo Comitê de Especialistas conclusão

Termo após tradução e retrotradução	Adaptações propostas pelo Comitê	Justificativa
Exame geral resumido	Exame geral	O termo <i>resumido</i> foi excluído devido ao consenso do Comitê de que este exame é bastante completo.
Assimetria postural importante	Alteração postural relevante	O item busca identificar alterações importantes na postura, por meio da observação. Como há a opção 'normal', o termo <i>assimetria</i> estaria incorreto, pois ele, isoladamente, já representa uma alteração.
Pele e fâneros	Pele e anexos	Os fâneros representam as estruturas anexas da pele, como unhas, cabelos e pêlos. Optou-se pela substituição do termo para outro mais utilizado em nossa realidade.
Pulsos periféricos: anormal	Pulsos periféricos: diminuído ou ausente	Neste item, interessa identificar indícios de doença vascular periférica, por meio da avaliação dos pulsos periféricos, juntamente com demais itens analisados. Por este motivo, o termo <i>anormal</i> foi substituído por outros dois, uma vez que eles representam condições clínicas que indicam esta doença.
Desvio cubital	Desvio ulnar	Adequação do termo técnico utilizado no contexto brasileiro, para avaliação da mobilidade segmentar.
Renda	INSS, seguro privado	Adequação dos das possíveis fontes de renda para o contexto.
Contratual	Tipo de vínculo: CLT, Estatutário, Autônomo, outro	Adequação para a realidade brasileira quanto ao vínculo empregatício.
Questionários de auto-relato	Questionários autoadministrados	Substituição pelo termo mais utilizado no contexto brasileiro.

A atuação do Comitê de Especialistas foi, predominantemente, direcionada à aplicabilidade prática dos termos utilizados no guia de entrevista. Para isso, houve modificação e eliminação de itens irrelevantes,

inadequados ou ambíguos e a criação de substitutos, que se adequassem à população alvo, mantendo-se o conceito geral dos itens alterados e garantindo a compreensibilidade da versão final traduzida (WHO, 2007; Alexandre, Guirardello, 2002; Lino, 1999).

Como pode ser observado no quadro acima, os itens relacionados à avaliação física foram os que mais obtiveram alterações, uma vez que os termos técnicos, apesar de indicarem uma mesma situação, frequentemente são diferentes entre os países.

O *rótulo diagnóstico* foi o item de maior discórdia entre os participantes, possivelmente por não ser muito utilizado no contexto brasileiro. Apesar de as palavras *etiquetagem* e *rotulagem* serem coloquialmente utilizadas, elas não possuem equivalência na linguagem formal. Por esta razão, foram feitas algumas sugestões como: intensidade do diagnóstico, impressão diagnóstica, interpretação do diagnóstico estabelecido e, por fim, conotação do diagnóstico estabelecido – termo selecionado para adaptação no questionamento ao entrevistado. O termo *rótulo diagnóstico* foi mantido como Indicador (ISIT) e deve ser selecionado sempre que o entrevistado referir uma conotação negativa do diagnóstico atribuído pelo médico.

Outros itens que também demandaram intensa análise foram os testes e manobras para avaliação das condições musculoesqueléticas. Como alguns deles não eram muito conhecidos e praticados pelos Especialistas, recorreu-se à literatura científica para o conhecimento e julgamento de cada item (Buckup, 2002; Barros Filho e Lenç, 2002). Após análise do material, optou-se por manter, sem alterações, os testes e manobras constantes no *WoDDI*, sob condição de que estes fossem explicados no manual de instruções para aplicação da ferramenta.

Para as questões abertas, o Comitê sugeriu que, durante a aplicação no pré-teste, fossem analisadas possíveis dificuldades de entendimento na população alvo e, a partir dos achados, que se realizasse a revisão dos termos propostos. De acordo com os especialistas, as questões foram descritas de forma clara, objetiva e são de fácil entendimento e, por esta razão, não necessitaram de alterações nesta fase do processo.

As discussões em grupo focal foram bastante enriquecedoras para esta fase do processo. Apesar de esta técnica não ser amplamente aplicada em estudos de adaptação transcultural, pode-se afirmar que as experiências canadense e brasileira obtiveram êxito. A construção do consenso, por meio do processo reflexivo em grupo, acerca de determinado conteúdo, demonstrou que esta pode vir a ser uma nova possibilidade de método para avaliação de instrumentos de pesquisa qualitativos.

Cabe ressaltar que este é um processo que, obrigatoriamente, depende do comprometimento de cada especialista em estar disposto a discutir abertamente um tema, em busca de uma definição comum. Além disso, o tempo envolvido nas discussões é substancialmente maior do que nas análises individuais.

Outro diferencial que corroborou nesta fase da adaptação transcultural foi a participação prévia dos especialistas no treinamento para uso do guia de entrevista no Brasil. Como já haviam estabelecido contato anterior com o *WoDDI* e, inclusive, realizado sua aplicação hipotética durante o treinamento, eles conheciam as dimensões e itens propostos, o que otimizou as discussões a alcance de consenso.

Todos os itens dispostos no *WoDDI*, independente de terem sido alvos de alteração ou não, foram avaliados coletivamente pelos membros do Comitê.

6.4 Teste da versão pré-final

A versão pré-final, estabelecida junto ao Comitê de Especialistas, foi submetida à aplicação em uma amostra da população alvo, composta por 30 sujeitos (Beaton, et al., 2000; Guillemin, 1995; Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993), conforme critérios de elegibilidade propostos.

Por meio das listas enviadas regularmente pelo DP-HU, foram identificados 86 trabalhadores que se enquadravam nas premissas propostas neste estudo. Dentre estes, não foi possível contato com 42 (48,84%), devido a inconsistências no banco de dados cadastrais (número de telefone indisponível; número de telefone inexistente; número de telefone

errado). Nove trabalhadores (10,47%) negaram sua participação, alegando motivos diversos, como indisponibilidade de tempo ou de locomoção. Durante o inquérito telefônico, foram identificados cinco (5,81%) trabalhadores com situação de afastamento não relacionada ao trabalho (licença maternidade e tratamento oncológico). Os demais trabalhadores constantes na listagem encaminhada pelo Departamento de Pessoal (34,88%) compuseram a amostra deste estudo.

A totalidade dos sujeitos era do sexo feminino, distribuídos nas faixas etárias entre 25 e 59 anos ($45,6 \pm 7,52$). Vinte deles (66,67%) desempenhavam suas funções como Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, quatro (13,33%) como Auxiliares de Cozinha, três (10%) como Auxiliares de Limpeza, dois (6,67%) como Auxiliares Administrativos e um (3,33%) com Técnico de Laboratório. Tais profissionais estavam distribuídos: 11 (36,67%) nas unidades de atendimento clínico (Alojamento Conjunto, Berçário, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Pediatria); seis (20%) no Pronto Atendimento (Infantil e Adulto), quatro (13,33%) no Serviço de Alimentação e Nutrição, um (3,33%) na Unidade Básica de Saúde e dois (6,67%) para cada setor: UTI (Pediátrica e Adulto), Serviço de Limpeza, Farmácia e Setor Administrativo.

O cálculo do tempo de afastamento do trabalho foi realizado com base na data de afastamento junto ao DP-HU e a data da realização da entrevista; períodos de afastamento anteriores ao atual não foram considerados. Assim, o tempo de afastamento oscilou entre 1 mês e, aproximadamente, 6 anos ($17,4 \pm 23,6$), enquanto o tempo de serviço no Hospital oscilou entre 5 e 27 anos ($15,3 \pm 6,6$).

A causa de afastamento mais frequente foram os DORT, referidos por 25 sujeitos (83,33%), seguida pela depressão (16,67%). Em alguns casos, os DORT também apareceram associados à depressão e, neste caso, foi considerada a causa principal do afastamento.

Durante a fase de coleta de dados, percebeu-se que a garantia de sigilo das informações coletadas conferiu maior liberdade para o posicionamento dos entrevistados frente às questões organizacionais. Por esta razão, encoraja-se o uso de medidas de privacidade e anonimato dos sujeitos da pesquisa, pois os resultados do estudo podem desencadear

consequências no ambiente de trabalho, como ameaças, perda do emprego e pressão pela chefia (Rose, Pietri, 2002).

A aplicação da versão pré-final do *WoDDI* em pré-teste demonstrou dois resultados bastante distintos, que merecem ser detalhados. O *primeiro*, relaciona-se às dimensões avaliadas pelo profissional médico, que não apresentaram dificuldade de compreensão pelos sujeitos. Isso, porque, não há questões diretas ao entrevistado nestes itens. Como se trata de uma anamnese e exame físico, o guia de entrevista apresenta os tópicos a serem abordados e o médico, com base em sua experiência clínica e conhecimento dos itens a serem investigados, elabora o questionamento da forma mais apropriada ao entrevistado. Esta flexibilidade, garantida pelos instrumentos de pesquisa qualitativos, assegura a perfeita compreensão do sujeito, uma vez que a questão é elaborada inicialmente e pode ser reformulada, no caso de não entendimento. O *segundo* resultado, refere-se às dimensões que possuem questões diretas ao entrevistado, aplicadas pelo outro profissional de saúde (neste estudo, pela pesquisadora). Algumas palavras desencadearam dúvidas ou não foram completamente compreendidas por alguns entrevistados, o que implicou, necessariamente, em uma revisão das mesmas.

Diferentemente de alguns questionários autoadministrados, em que o entrevistado lê e responde as questões de forma independente, as perguntas contidas em entrevistas são formuladas por um interlocutor, que pode utilizar sinônimos auxiliares para palavras não compreendidas, desde que isso não comprometa o sentido original da questão.

Com o intuito de não realizar modificações na questão originalmente proposta, que foi considerada compreensível pelo Comitê de Especialistas e pela maior parte dos entrevistados (pelo menos, 85%), foi desenvolvido um “manual de orientações” do *WoDDI*, contendo questões auxiliares para os itens que apresentaram quaisquer dificuldades de compreensão. O objetivo desta iniciativa é manter a questão original e oferecer subsídio ao entrevistador, nos casos em que o entrevistado não entender a pergunta ou, então, responder de forma errada ao que foi questionado.

Após a coleta de dados com a população do pré-teste, os dois entrevistadores se reuniram para realizar a última avaliação do guia de entrevista, com base nas percepções individuais e dificuldades encontradas por, pelo menos, 15% dos entrevistados (Ciconelli et al., 1999). Desta discussão, foram sugeridas as seguintes mudanças:

Quadro 4 – Considerações finais após aplicação em pré-teste

Item alterado ou acrescentado	Considerações dos entrevistadores
Representação falsa da doença ou do tratamento	A substituição da palavra <i>falsa</i> por equivocada foi realizada para que não haja a interpretação de que o entrevistado esteja simulando ou interpretando algo. Como o objetivo deste indicador é caracterizar o trabalhador que possui uma representação errada de sua doença ou tratamento (por falta de conhecimento, por exemplo), a substituição melhor se adequou ao sentido proposto.
Momento em que a dor se apresenta	Este item contempla as opções: 'em repouso', 'à noite', 'em atividade', 'constantemente'. Foi acrescentada a opção: outro (especificar) , pois durante as entrevistas, outras situações foram referidas, como: "só sinto dor quando subo escadas" ou "só sinto dor na posição sentada".
Fatores de alteração da dor	Ao lado deste item, foi adicionada a frase: de acordo com a localização da dor: aplicáveis ou não . Como este item avalia membros inferiores, superiores e coluna, deve-se avaliar a pertinência de aplicação de cada movimento, de acordo com o local da dor referido.
Estado geral de saúde	Este item deve ser investigado por meio do questionamento do peso, apetite, sono, condições psicológicas e físicas. Foi adicionado mais um item para verificação: queixas , pois mesmo que o entrevistado não relate alterações no seu estado geral de saúde, ele pode apresentar queixas.
Medicamentos	Ao lado deste item, foi incluída a frase: uso prévio e atual , para explicitar que não somente os medicamentos em uso devem ser investigados, mas também o que foram utilizados anteriormente (especialmente para a busca de tolerância medicamentosa).
Teste de Schober	Alteração na forma de descrição dos resultados, para facilitar o preenchimento: Descrição anterior: 15/ ____ = ____ (normal < 6cm) Descrição atual: ☐ normal (se ≥ 15cm) / ☐ alterado (se < 15cm)

continua

Quadro 4 – Considerações finais após aplicação em pré-teste continuação

Item alterado ou acrescentado	Considerações dos entrevistadores
Inspeção de pele e anexos	Este item contempla as opções 'sim' e 'não' para sinais tróficos, cicatrizes, deformação e edema. Contudo, não há como descrever o local onde tais alterações foram encontradas. Por isso, foi acrescentado o item local da inspeção .
Palpação e percussão	Ao lado deste item, foi adicionada a frase presença de pontos dolorosos , para elucidar o intuito da palpação e percussão.
Miótomos	A avaliação dos miótomos apresentava somente uma coluna para seleção das opções 'sim', 'não' e 'difícil' e/ou 'normal' e 'anormal'. Para garantir a especificidade da avaliação, foi adicionada uma coluna e acrescentados os termos lado direito e lado esquerdo acima de cada coluna.
Dermátomos	A avaliação dos dermatômos apresentava somente uma coluna para seleção das opções 'normal', 'hiperestesia' e 'hipoestesia'. Para garantir a especificidade da avaliação, foi adicionada uma coluna e acrescentados os termos lado direito e lado esquerdo acima de cada coluna.
Hábitos de vida	Este item é avaliado em dois momentos: 'antes' e 'agora'. Foram acrescentadas as palavras da lesão na opção 'antes', para que fique claro que os hábitos de vida devem ser analisados antes da lesão e no momento atual.
Quantas pessoas vivem com você?	Este item enfatiza a opção 'crianças', por entender que pode haver dependência desta com o entrevistado. Durante a coleta de dados, alguns sujeitos referiram a presença de idosos ou adultos com necessidades especiais neste item. Para dar conta desta demanda e por acreditar-se que a presença de idosos ou adultos dependentes pode interferir no processo de reabilitação, foi adicionada a opção adultos dependentes .
Vários filhos dependentes	Para englobar a alteração proposta no item anterior, este indicador foi adaptado para : "vários filhos ou agregados dependentes".
Renda	Este item contempla as opções: 'INSS', 'seguro privado', outra renda' e 'nenhuma renda'. Como o <i>WoDDI</i> pode ser aplicado com trabalhadores que estão presentes no trabalho, foi incluído o item salário regular .

continua

Quadro 4 – Considerações finais após aplicação em pré-teste conclusão

Item alterado ou acrescentado	Considerações dos entrevistadores
Tempo total de trabalho	Na avaliação do contexto de trabalho, este item foi incluído para compreensão do tempo total de trabalho do indivíduo, que engloba o tempo de trabalho no emprego atual e anteriores.
Organização do trabalho descrita como deficiente pelo trabalhador.	Substituição da palavra <i>deficiente</i> por precária , para coerência do referencial utilizado na ferramenta, no qual a deficiência se refere a uma condição física do indivíduo.
Posturas penosas	Substituição da palavra <i>penosas</i> por desconfortáveis ou incômodas , pois estes termos são mais utilizados quando se refere a posturas.
Esforços penosos	Substituição da palavra <i>penosos</i> por difíceis , pois este termo é mais utilizado quando se refere a esforços.

Estes últimos ajustes realizados no guia de entrevista objetivaram facilitar o entendimento do entrevistado no momento da entrevista.

Com o intuito de auxiliar o entrevistador no momento da aplicação do *WoDDI* e, também, como resultado do processo de adaptação transcultural, são apresentados: a) os conceitos e significados dos Indicadores (ISIT); b) a interpretação dos Sinais Vermelhos; c) a operacionalização dos testes, exames e perguntas (“manual de orientação”)

6.5 Conceitos e significados dos ISIT

A definição dos conceitos e significados dos itens que compõem o *WoDDI* foram extraídos do manual de instruções desenvolvido pelos pesquisadores canadenses, com a finalidade de conceituar os ISIT e Sinais Vermelho. Este manual foi traduzido livremente para a língua portuguesa e adaptado com base no treinamento para uso do *WoDDI*, discussões com o grupo de pesquisa do Canadá e com a experiência de utilização do mesmo.

Quadro 5 - ISIT de Ordem Pessoal (P): conceitos

ISIT (P)		Definição
P1.	Idade	Segundo a literatura, a idade é um fator de prognóstico negativo quando superior a 42 anos. A ponderação deste ISIT deve ser feita em função do tipo de emprego, do setor de atividade, da cultura da empresa, da natureza e das exigências do trabalho.
P2.	Rótulo diagnóstico	Quando o diagnóstico proposto pelo médico adquire uma interpretação negativa e de gravidade pelo o trabalhador.
P3.	Tratamento em curso	Presença de exames e/ou de tratamentos clínicos em curso ou a serem realizados, relacionados especificamente com a lesão ou doença atual.
P4.	Percepção, pelo trabalhador, de um tratamento incompleto	O trabalhador possui a percepção de que sua condição de saúde atual ainda requer exames e/ou tratamentos específicos; na opinião dele, o tratamento ainda não está finalizado.
P5.	Representação equivocada da doença ou do tratamento	O trabalhador possui pensamentos equivocados, crenças e atitudes em relação: 1) às causas da doença, 2) às consequências, 3) ao diagnóstico, 4) aos sintomas, 5) ao tratamento, 6) à evolução e ao prognóstico.
P6.	Falta de conhecimento, pelo trabalhador, da sua condição e do prognóstico de recuperação	O trabalhador, apesar de saber seu diagnóstico, não compreende sua condição de saúde atual e o prognóstico ou evolução de saúde.
P7.	Percepção de uma lesão grave	Quando o diagnóstico e/ou os termos utilizados pelo médico estão associados à noção da gravidade pelo trabalhador.
P8.	Percepção, pelo trabalhador, de uma falha terapêutica ou de insatisfação com o tratamento	O trabalhador relata que o tratamento recebido não está sendo eficaz para seu problema ou que está insatisfeito com o tratamento ou com as intervenções recebidas até o momento.

continua

Quadro 5 - ISIT de Ordem Pessoal (P): conceitos

continuação

ISIT (P)		Definição
P9.	Percepção, pelo trabalhador, de uma insuficiência de tratamento	O trabalhador acredita não ter recebido os cuidados suficientes durante o período de tratamento de sua lesão ou problema de saúde.
P10.	Síndrome dolorosa irradiada abaixo do joelho	O trabalhador declara ter uma dor que se irradia / espalha abaixo do joelho.
P11.	Manejo da dor	O trabalhador dispõe de estratégias ou iniciativas próprias para controle da dor. Estas formas de manejo da dor podem resultar satisfatoriamente no controle da dor e, ainda, permitir que o trabalhador realize algumas atividades.
P12.	Síndrome dolorosa persistente	Quando a dor persiste além do período esperado de recuperação.
P13.	Comorbidade	Presença de eventos clínicos e/ou de condições de saúde associadas (mentais ou físicas).
P14.	Sequelas resultantes do evento atual ou de outro evento	São todas as manifestações que persistem após o período de cura ou recuperação do evento atual ou de outro evento anterior.
P15.	Numerosos antecedentes médicos (acidentes ou outros)	O trabalhador possui antecedentes médicos (lesões, doenças, cirurgias ou outros) anteriores ao evento atual.
P16.	Antecedentes de origem musculoesquelética que provocam uma ausência prolongada do trabalho	O trabalhador já esteve ausente do trabalho por problemas musculoesqueléticos, antes do evento atual. Por este motivo, a ausência do trabalho foi prolongada para além do período normal de cura / recuperação.

continua

Quadro 5 - ISIT de Ordem Pessoal (P): conceitos

continuação

ISIT (P)		Definição
P17.	Sinais ou sintomas sugestivos de déficit neurológico	O trabalhador refere entorpecimento ou parestesia na mesma área dolorosa e/ou apresenta sinais de comprometimento de raiz nervosa.
P18.	Suspeita de falta de condicionamento físico geral	O trabalhador relata uma diminuição significativa da frequência de atividade física desde o início do afastamento do trabalho ou desde o evento acidental ou início da lesão. Também pode ocorrer quando o trabalhador refere perda de massa muscular importante.
P19.	Modo de vida sedentário	O trabalhador relata que, mesmo antes do evento (acidente ou lesão), saía pouco e praticava poucas atividades esportes ou de lazer.
P20.	Antecedentes ou presença de consumo problemático de substâncias	Consumo de drogas, tabaco, álcool ou medicamento que podem ser um obstáculo a uma tentativa de retorno ao trabalho.
P21.	Vive sozinho	O trabalhador mora sozinho.
P22.	Vários filhos ou agregados dependentes	O trabalhador possui mais de dois filhos em sua dependência ou, então, possui um ou mais idosos sob sua dependência.
P23.	Alguma pessoa do convívio do trabalhador sofreu um ou mais acidentes de trabalho	Quanto o trabalhador refere que algum familiar ou colega de trabalho também sofreu acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais.
P24.	Barreiras de ordem cultural	Está relacionado ao nível de escolaridade do trabalhador e ao nível de entendimento que o trabalhador tem às questões que lhe são feitas. É necessário ponderar este item, pois o nível de escolaridade nem sempre está relacionado à dificuldade de compreensão das coisas.
P25.	Isolamento social	O trabalhador menciona perda ou ausência de rede social (relações interpessoais).

continua

Quadro 5 - ISIT de Ordem Pessoal (P): conceitos

continuação

ISIT (P)		Definição
P26.	Presença de eventos recentes significativos de ordem pessoal	Presença de um ou mais eventos concomitante à lesão ou acidente (óbito, doença, problemas familiares, conjugais ou financeiros, mudança, etc.) ou durante o último ano.
P27.	Percepção de renda familiar considerada insuficiente, antes da lesão	O trabalhador refere que seu salário regular é insuficiente para suprir suas necessidades (insatisfação salarial).
P28.	Trajetória de trabalho deixando suspeitas acerca de uma dificuldade de reintegração ao mesmo	A natureza da trajetória de trabalho pode estar relacionada à instabilidade do vínculo empregatício, aos conflitos relacionais, à baixa escolaridade, às insatisfações múltiplas, à limitada experiência etc. São fatores que podem dificultar a reintegração do trabalhador ao ambiente de trabalho.
P29.	O trabalhador não acha que está em condições de retornar ao trabalho	Durante a entrevista, o trabalhador menciona não estar em condições de retornar ao seu trabalho.
P30.	Grau de insatisfação profissional elevado	O trabalhador relata sua insatisfação profissional ou refere vários fatores relacionados ao trabalho que o deixam insatisfeito.
P31.	O trabalhador indica que suas capacidades atuais não atendem as exigências de seu trabalho regular	Segundo o trabalhador, suas condições físicas (força, resistência, destreza, amplitudes articulares, etc.) e/ou mentais (condições psicológicas e emocionais) atuais são insuficientes para que ele efetue as tarefas de trabalho regular.
P32.	O trabalhador expressa poucos motivos favoráveis para o retorno ao trabalho regular ou ao trabalho em geral	O trabalhador refere poucos fatores motivadores para retorno ao trabalho, seja em sua atividade regular ou em quaisquer outras atividades dentro da empresa.

continua

Quadro 5 - ISIT de Ordem Pessoal (P): conceitos

conclusão

ISIT (P)		Definição
P33.	Medo de uma possível recidiva e/ou agravamento no quadro, no caso de um eventual retorno à atividade	O trabalhador tem medo de retornar ao trabalho devido à possibilidade de piora no quadro ou, ainda, de retorno da lesão (caso esta tenha sido curada).
P34.	Cinesiofobia	Medo excessivo e irracional de realização atividade física ou de movimentos, que deriva do medo que a pessoa tem de se ferir, de se ferir novamente ou de agravar seu estado ⁴ . Caso este ISIT seja marcado, ele deverá ser avaliado detalhadamente, por meio da Escala TAMPA de cinesiofobia (Siqueira, 2005).
P35.	Dramatização (catastrofismo)	Quando o trabalhador possui uma crença ou orientação exageradamente negativa com relação aos estímulos que podem desencadear a própria dor ⁵ .
P36.	Percepção de uma incapacidade física importante	Percepção, pelo trabalhador, de uma redução parcial ou total das capacidades para realização de atividades de forma normal ou nos limites considerados normais. Caso este ISIT seja marcado, ele deverá ser avaliado detalhadamente, por meio do Questionário Roland-Morris, para as dores nas costas (Nusbaum et al., 2001) ou do Questionário DASH, para os membros superiores (Orfale et al., 2005)
P37.	Sinais ou sintomas que evocam um quadro psicológico	Sinais ou sintomas que evocam reações negativas sob estresse. Caso este ISIT seja marcado, ele deverá ser avaliado detalhadamente, por meio de questionários específicos, como o Inventário de Beck (Gorestein, Andrade, 1996).

⁴ Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. Pain Management 1990:35-43.

⁵ Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R. et Pivik, J. The Pain Catastrophizing Scale -development and validation. Psychological Assessment 1995;7(4): 524-532.

Quadro 6 - ISIT de Ordem Administrativa (A): conceitos

ISIT (A)		Definição
A1.	Ausência de ações administrativas, causando atraso no encaminhamento do trabalhador	Quando não são oferecidos ao trabalhador quaisquer tratamentos ou serviços de reabilitação, seja pelo empregador ou pelo INSS, por período superior a três meses da data de referência (data do acidente, da notificação ou do afastamento).
A2.	Presença de limitações funcionais	As limitações ou restrições funcionais são as recomendações médicas emitidas com fins preventivos ou terapêuticos ao trabalhador que irá retornar ao trabalho. Nestes casos, o trabalhador retorna ao trabalho em outra função, setor ou atividade, de acordo com as limitações impostas pelo médico.
A3.	Ausência de ação conjunta	Percepção, pelo trabalhador, de discursos divergentes por parte de profissionais da saúde, empregador e INSS, em relação à sua lesão (diagnóstico, tratamento, investigação, prognóstico, condições e prazos para retorno ao trabalho).
A4.	Possível existência de ganhos complementares de ordem financeira	Quando o trabalhador refere rendas complementares ao seu salário habitual (a renda do cônjuge ou familiares não deve ser considerada como ganhos complementares).
A5.	Ação legal ou processo	Uma contestação é uma ação legal da parte do empregador, do trabalhador, do segurador ou de outra instância, com o objeto colocar em questão a ligação entre a lesão e o evento do acidente, o diagnóstico, a suficiência de tratamentos, a consolidação ou as limitações funcionais.
A6.	Ausência do empregador durante o processo	O trabalhador refere não ter recebido suporte do empregador durante o período de afastamento ou tratamento.
A7.	Curto tempo de serviço no posto de trabalho	Ocorre nas situações em que o trabalhador está vinculado a este empregador por um curto período de tempo. Este ISIT deve ser ponderado em função do setor de atividade do trabalhador, uma vez que não há um tempo pré-determinado para estas situações.

continua

Quadro 6 - ISIT de Ordem Administrativa (A): conceitos conclusão

ISIT (A)		Definição
A8.	Longa ausência do trabalho regular	O trabalhador não está desempenhando seu cargo regular há um período que ultrapassa o período normal de recuperação. Neste caso, o trabalhador está presente no trabalho, mas desempenhando outro tipo de função. Por exemplo: está em convocação temporária, em trabalhos leves, em retorno progressivo, em restrição ou adaptação etc.
A9.	Longa ausência de qualquer trabalho na empresa	O trabalhador ainda não retornou ao trabalho, nem em seu cargo regular ou em quaisquer outros, por um período que ultrapassa o período normal de recuperação.
A10.	Medidas de reintegração no trabalho interrompidas por diferentes motivos	Quando a reintegração do trabalhador ao ambiente de trabalho é interrompida por motivos diversos. Por exemplo: o empregador justifica ausência de trabalhos leves disponíveis; o trabalhador teve um aumento da síndrome dolorosa quando do processo de retorno ao trabalho; a própria organização do trabalho é o fator complicador para o possível retorno do trabalhador.
A11.	Ausência de motivação profissional claramente definida	Quando o trabalhador não encontra motivação para o retorno ao trabalho devido às barreiras presentes no ambiente de trabalho, que retardam ou atrapalham o processo de retorno.

Quadro 7 - ISIT de Ordem Ergonômica (E): conceitos

ISIT (E)		Definição
E1.	Caráter imprevisível de determinadas tarefas	a imprevisibilidade das tarefas pode ser um importante fator de risco, especialmente relacionado às tarefas com normas e protocolos de execução definidos.
E2.	Organização do trabalho descrita como precária pelo trabalhador	o trabalhador menciona dificuldades organizacionais, como a insuficiência de tempo para realização das atividades, o ritmo intenso de trabalho, a rotação de cargos, a sequência de tarefas a cumprir por plantão, a distribuição de recursos humanos, etc.

continua

Quadro 7 - ISIT de Ordem Ergonômica (E): conceitos

continuação

ISIT (E)		Definição
E3.	O trabalhador percebe um nível de estresse profissional elevado	O trabalhador acredita não possuir capacidades para realizar suas tarefas frente ao estresse presente no ambiente de trabalho; ele observa uma carga mental relacionada ao trabalho excessivamente importante.
E4.	Equipamentos de trabalho considerados inadequados pelo trabalhador	O trabalhador menciona que não possui a sua disposição o material necessário para facilitar sua atividade de trabalho ou, então, que os equipamentos e mobiliários são inadequados, comprometendo o desempenho de suas funções.
E5.	Relações de trabalho consideradas insatisfatórias pelo trabalhador	O trabalhador descreve falta de suporte, de ajuda, de entendimento, de aceitação por parte dos colegas de trabalho e/ou dos superiores.
E6.	Relações de trabalho consideradas conflitantes pelo trabalhador	O trabalhador menciona um clima de tensão no meio de trabalho, dificuldades de comunicação com os colegas e/ou superiores.
E7.	Presença de posturas desconfortáveis ou incômodas	O trabalhador relata que em seu trabalho regular, deve efetuar movimentos com grandes amplitudes articulares (ao nível da cabeça, do tronco, dos membros superiores ou dos membros inferiores), trabalhar em posição agachada e/ou de joelhos ou em outros tipos de posturas penosas e se manter na mesma postura por um longo período.
E8.	Design do posto de trabalho considerado inadequado pelo trabalhador	O trabalhador menciona que seu posto de trabalho não é disposto de forma a facilitar sua atividade de trabalho (ex.: espaço restrito, equipamentos ou ferramentas colocadas fora da zona de alcance, superfície de trabalho excessivamente alta ou excessivamente baixa, etc).
E9.	Postura estática prolongada no trabalho	Permanência, durante longos períodos, em uma postura estática para realização do trabalho.

continua

Quadro 7 - ISIT de Ordem Ergonômica (E): conceitos conclusão

ISIT (E)		Definição
E10.	Presença de vibrações	O trabalhador refere presença de vibrações em seu ambiente de trabalho.
E11.	Insuficiência de pausas	O trabalhador relata não possuir a possibilidade de fazer pausas durante o turno de trabalho ou que precisa fazer horários suplementares, sem período de recuperação.
E12.	Peso excessivo	O trabalhador relata que deve levantar, carregar, empurrar ou puxar, manipular objetos, peças, ferramentas, materiais ou equipamentos excessivamente pesados em seu trabalho regular.
E13.	Peso excessivo associado a postura inadequada	O trabalhador relata que deve levantar, carregar, empurrar ou puxar, manipular objetos, peças, ferramentas, materiais ou equipamentos excessivamente pesados, em posturas inadequadas.
E14.	Atividade de trabalho repetitiva ou caráter repetitivo de determinadas tarefas	O trabalhador relata que efetua ciclos de trabalho curtos, de movimentos e/ou de esforços repetitivos freqüentemente durante, pelo menos, um quarto do trabalho.

6.6 Interpretação dos Sinais Vermelhos

Os Sinais Vermelhos, também denominados sinais de alerta ou bandeiras vermelhas, são indicativos de gravidade que merecem atenção especial e ação imediata do entrevistador. A figura a seguir descreve os passos a serem considerados frente à presença de Sinais Vermelhos – identificar qual Sinal Vermelho foi assinalado e, a partir desta definição seguir a sequência indicada (adaptado do manual de instruções canadense).

Figura 3 – Interpretação dos Sinais Vermelhos

6.7 Manual de orientações do *WoDDI*

O objetivo destas orientações para uso do *WoDDI* é instrumentalizar o profissional que irá aplicá-lo no cotidiano de trabalho. Para que haja sucesso na coleta dos dados, é necessária a compreensão plena das seções e questões que compõem o questionário, para que se possa avaliar a suficiência das respostas emitidas pelos entrevistados.

Assim, seguindo a ordem das seções propostas no *WoDDI*, os significados das questões serão apresentados, bem como alguns sinônimos que podem ajudar o entrevistador no momento da entrevista. Conforme já mencionado, isto decorre da dificuldade de compreensão de alguns entrevistados das questões efetuadas, durante o pré-teste. Os sinônimos aqui utilizados não alteram o significado da questão e são sugestões para facilitar a comunicação.

A interpretação dos itens foi feita com base no treinamento recebido pelos profissionais da Universidade de Sherbrooke, com a leitura do manual de instruções dos ISIT e Sinais Vermelhos, com a aplicação do *WoDDI* em pré-teste e com o auxílio do profissional médico que também participou desta etapa.

O manual será estruturado da seguinte forma:

- # **Seções:** descritas de acordo com a numeração proposta no guia de entrevista; serão representados por número simples e em negrito (exemplos: seção 1, seção 2, etc);
- # **Itens:** cada seção possui itens específicos, descritos em números de dois níveis, sendo o primeiro dígito o número da seção (exemplos: 1.1, 1.2, 2.1 etc);
- # **Subitens:** pertencem ao item de referência e são descritos em número de três níveis, sendo os dois primeiros os números referentes ao item (exemplos: 1.1.1, 1.1.2, 2.1.1 etc);
- # A apresentação obedecerá a seguinte lógica: 1º) nome da seção; 2º) nome do item ou subitem; 3º) interpretação do item ou subitem; 4º) explicação sobre as possíveis formas de questionamento, orientação,

aplicação de teste ou outro (a descrição dos testes foi realizada pelo médico ortopedista que participou da aplicação do *WoDDI* no pré-teste).

Seção 1: História da Moléstia Atual
1.1 Idade <i>Interpretação:</i> conhecer a idade atual do trabalhador. <i>Formas de questionamento:</i> quantos anos você tem? Qual a sua idade?
1.2 Cargo / função <i>Interpretação:</i> cargo ou função desempenhado dentro da empresa. <i>Formas de questionamento:</i> qual seu cargo ou função dentro da empresa? Qual sua ocupação na empresa?
1.3 Motivo da consulta <i>Interpretação:</i> motivo da realização da consulta (avaliação inicial para proposição de plano de intervenções, consulta para retorno ao trabalho etc). <i>Formas de questionamento:</i> Qual o motivo desta consulta?
1.4 Data do acidente / início dos sintomas <i>Interpretação:</i> data em que ocorreu o acidente do trabalho ou data do início dos sintomas. <i>Formas de questionamento:</i> quando ocorreu seu acidente de trabalho? Quando foi o início dos sintomas que desencadearam o problema ou doença atual?
1.5 Moléstia atual (incluindo descrição do acidente) <i>Interpretação:</i> descrição do histórico da moléstia atual: aparecimento dos sintomas, consultas e exames realizados, tratamentos, cirurgias, afastamentos etc. <i>Formas de questionamento:</i> você poderia descrever, detalhadamente, desde o início, quando e como aconteceu seu acidente de trabalho ou doença ocupacional que desencadearam esta consulta?
1.6 Trajetória <i>Interpretação:</i> descrição cronológica da trajetória do trabalhador desde a data do acidente ou início dos sintomas até o encaminhamento ao serviço de reabilitação profissional. <i>Formas de questionamento:</i> não há questionamento [este item está contemplado na questão anterior].

continua

Seção 1: História da Moléstia Atual	conclusão
<p>1.7 Tratamentos anteriores ou atuais</p> <p><i>Interpretação:</i> quais tratamentos foram ou ainda estão sendo realizados pelo trabalhador. Destes, quais apresentaram resultado bom frente ao problema e quais foram indiferentes ou nulos.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> você está realizando ou já realizou algum desses tipos de tratamento? [antiinflamatórios, analgésicos, relaxante muscular, infiltração, cirurgia, acupuntura, fisioterapia, terapia ocupacional, condicionamento físico]. Estes tratamentos apresentaram um bom resultado para seu problema ou foram indiferentes / não ajudaram?</p>	
<p>1.8 Exames anteriores</p> <p><i>Interpretação:</i> conhecer os exames e respectivos resultados, relacionados à lesão atual.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> você já realizou algum destes exames: radiografia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, cintilografia, ressonância magnética ou eletroneuromiografia? Quando você realizou? Qual o resultado destes exames?</p>	
<p>1.9 Consultas médicas</p> <p><i>Interpretação:</i> conhecer a especialidade médica que tem acompanhado o caso e a frequência de consultas com este profissional. Eventualmente, mais de um profissional poderá ser citado, mas é importante reconhecer qual o profissional que efetivamente acompanha o caso.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> qual médico está acompanhando seu caso? Quando foi sua última consulta? Quando será a próxima consulta?</p>	
<p>1.10 Conotação do diagnóstico atribuído</p> <p><i>Interpretação:</i> compreender o significado do diagnóstico relatado pelo médico pelo trabalhador. Muitas vezes, o diagnóstico adquire uma conotação negativa (e até pejorativa, rotulada) para o trabalhador, situação denominada <i>rótulo diagnóstico</i>. Anotar o diagnóstico relatado pelo médico.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> qual foi seu entendimento sobre o diagnóstico dado pelo médico? Qual foi este diagnóstico? O que você sentiu com o diagnóstico relatado pelo médico? Qual foi este diagnóstico?</p>	
Seção 2: Síndrome da dor	
<p>2.1 Características das dores atuais</p> <p><i>Interpretação:</i> caracterizar a dor atual do trabalhador</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> [questões especificadas nos subitens abaixo].</p>	

continua

Seção 2: Síndrome da dor	continuação
<p>2.1.1 Local da dor</p> <p><i>Interpretação:</i> conhecer a localização da dor. Para isso, há uma figura para descrição do local e da trajetória da dor: cervical, dorsal, dorsolombar, lombar, lombossacral, ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho, mão, quadril, coxa, joelho, perna, tornozelo, pé ou outros. Assinalar o lado correto da dor (se esquerdo ou direito).</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> onde está localizada sua dor? Onde dói? Em qual lugar do seu corpo você sente dor?</p>	
<p>2.1.2 Momento em que a dor se apresenta</p> <p><i>Interpretação:</i> conhecer em que momento a dor se apresenta: se em repouso, à noite, em atividade, constantemente ou outra situação.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> em que momento você sente dor? Quando você sente dor?</p>	
<p>2.1.3 Irradiação</p> <p><i>Interpretação:</i> compreender se há irradiação da dor atual, referida pelo trabalhador: se irradiação em glúteo, coxa, abaixo dos joelhos, braço, abaixo dos cotovelos ou outra.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> A sua dor se irradia para outra parte do corpo? A sua dor se espalha para outra área do corpo? A sua dor dá reflexos em outra área do corpo?</p>	
<p>2.2 Rigidez articular</p> <p><i>Interpretação:</i> investigar se o trabalhador apresenta rigidez articular. Caso presente, descrever quando (ao se levantar, durante o dia, à noite ou após atividade) e duração (inferior ou superior a 1 hora).</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> você sente que suas articulações ficam rígidas? (caso a resposta seja sim) Em que período? Você sente que suas articulações ficam endurecidas? (caso a resposta seja sim) Em que período?</p>	
<p>2.3 Claudicação intermitente</p> <p><i>Interpretação:</i> a claudicação consiste em uma dor que obriga a pessoa a fazer uma pausa durante a deambulação. Alguns minutos após esta pausa, a pessoa pode retornar ao movimento. As causas da claudicação intermitente podem ser de origem vascular (quando a dor decorre de isquemia) ou doença neurológica (compressão radicular) e é extremamente importante identificar a causa. A claudicação de origem vascular é caracterizada pela dor muscular a claudicação de origem neurológica é identificada pela dor lombar com irradiação para membros inferiores (ciatalgia).</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> quando você anda, você precisa fazer pausas? Quando você vai andar um quarteirão, você precisa parar porque sente dor e, depois de descansar, você volta andar?</p>	

continua

Seção 2: Síndrome da dor	conclusão
<p>2.4 Síndrome da cauda equina</p> <p><i>Interpretação:</i> esta síndrome é uma condição neurológica, devido a uma compressão em nível sacral. Caracteriza-se por incontinência urinária ou fecal, fraqueza dos membros inferiores, hipoestesia ou anestesia em períneo. Este item deve ser ponderado com as demais características clínicas observadas no trabalhador.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> você tem sentido dificuldade para segurar a urina ou fezes? Tem sentido fraqueza nos membros inferiores, diminuição ou perda da sensibilidade na região da vagina e ânus?</p>	
<p>2.5 Fatores de alteração da dor</p> <p><i>Interpretação:</i> identificar quais as posições ou movimentos alteram a dor, seja aumentando sua intensidade, diminuindo ou sendo indiferente.</p> <p>a) Posições: sentada, em pé, deitada, agachada, braço elevado;</p> <p>b) Movimentos: tronco - flexão, extensão, torção, rotação; membros - abdução, adução, desvio lateral, desvio medial.</p> <p>c) Outros: esforços, marcha, exercícios, manobra de Valsava (manobra em que o entrevistador solicita ao entrevistado para que este feche os lábios e narinas e exale o ar forçadamente, em direção dos ouvidos, e avalia se isso causa exacerbação da dor ou irradiação dela até o pé, devido ao aumento da pressão abdominal).</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> quando você está <u>sentado</u>, sua dor aumenta, diminui ou continua igual? [repetir a questão para todos os itens listados]</p>	
<p>2.6 Modos de manejo da dor</p> <p><i>Interpretação:</i> identificar quais as estratégias que o trabalhador dispõe para lidar com sua dor, de forma paliativa.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> Como você lida com sua dor? O que você faz para diminuir ou amenizar sua dor?</p>	
<p>2.7 Termômetro da dor (nos últimos 7 dias)</p> <p><i>Interpretação:</i> o termômetro ou escala da dor é uma classificação numérica para caracterização da dor nos últimos sete dias. Nela, o número 0 represente 'nenhuma dor' e o número 10, 'a pior dor possível'. A dor deverá ser avaliada em quatro momentos: o momento atual, a pior e a menor dor sentida nos últimos sete dias e a dor mais frequente.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> em uma escala de 0 a 10, onde 0 significa 'sem dor' e 10 'a pior dor possível', qual número representa a dor que você está sentindo neste momento? Qual número representa a pior dor que você sentiu nos últimos 7 dias? Qual número representa a menor dor que você sentiu nos últimos 7 dias? Qual número representa a dor que você sente frequentemente?</p>	

Seção 3: Condições de saúde anterior e atual**3.1 Antecedentes pessoais (clínicos, traumáticos, cirúrgicos)**

Interpretação: conhecer as condições de saúde do trabalhador.

Formas de questionamento: você já realizou alguma cirurgia? Possui alguma doença ou transtorno? Já sofreu algum acidente ou trauma?

3.2 Estado geral de saúde (peso, sono, apetite, condições psicológicas e físicas, queixas)

Interpretação: avaliar o estado geral de saúde do trabalhador.

Formas de questionamento: como está seu peso? Como está sua alimentação? Como está seu sono? Como estão suas condições psicológicas e físicas? Como você tem se sentido? Você tem alguma queixa ou reclamação sobre sua saúde?

3.3 Medicamentos (uso prévio e atual)

Interpretação: descrição dos medicamentos utilizados anterior e atualmente pelo trabalhador.

Formas de questionamento: você está usando algum tipo de medicamento? Quais? Algum deles é de uso contínuo? Quais medicamentos você já tomou, relacionados a sua situação atual? Teve algum remédio que não de efeito?

3.4 Alergias

Interpretação: identificar possíveis alergias do trabalhador.

Formas de questionamento: você tem algum tipo de alergia? Qual ou a quê?

Seção 4: Exame Físico**4.1 Exame geral**

Interpretação: conhecer o estado de saúde do trabalhador por meio de exame físico

Formas de questionamento: não há questionamento, mas a verificação da pressão arterial, frequência cardíaca, peso, altura e avaliação de cabeça, pescoço, tórax e abdome.

4.2 Observações e exames

Interpretação: observação de estruturas corpóreas e realização do Teste de Schober.

Formas de questionamento: não há questionamento, mas observação do entrevistador em relação a:

- a) Marcha: normal ou claudicação;
- b) Alteração postural relevante: sim ou não; se sim: se antálgica ou estrutural;
- c) Dispositivos auxiliares: uso de dispositivos auxiliares para a marcha: sim ou não (exemplos: bengala, andador);
- d) Teste de Schober: realizado para avaliação de disfunção articular (rigidez lombar). Identificar a apófise espinhosa da 5ª lombar e medir a coluna vertebral 10cm acima, a partir do ponto identificado. Solicite ao indivíduo para fletir sua coluna ao máximo

continua

Seção 4: Exame Físico**continuação****4.2 Observações e exames (continuação)**

- d) Teste de Schober: possível, sem dobrar os joelhos. Medir, novamente, a distância entre os pontos. Considerar normal quando a inclinação medir 15cm ou mais e presença de rigidez articular quando medir menos de 15cm. A imagem abaixo ilustra a realização deste teste:

Figura 4: Testes de Schober

4.3 Inspeção

Interpretação: realizar inspeção de peles e anexos

Formas de questionamento: não há questionamentos. Realizar inspeção em peles e anexos, em busca de sinais tróficos (manchas ou descolorações), cicatrizes, deformações e edemas. Especificar o local encontrado.

4.4 Palpação e percussão [presença de pontos dolorosos]

Interpretação: busca de pontos dolorosos por meio da palpação e percussão

Formas de questionamento: não há questionamento, mas a realização de palpação e percussão nas regiões onde o entrevistado referiu dor. O objetivo é encontrar pontos dolorosos ao toque.

4.5 Pulsos periféricos

Interpretação: verificar a presença, diminuição ou ausência de pulsos periféricos.

Formas de questionamento: não há questionamento, mas a verificação dos pulsos periféricos: radial, ulnar, tibial posterior e pedioso. Atentar para a simetria em lados direito e esquerdo.

4.6 Mobilidade vertebral

Interpretação: avaliação da mobilidade vertebral, por meio da realização de movimentos.

Formas de questionamento: não há questionamento, mas a avaliação da mobilidade vertebral. Para isso, o entrevistador deve solicitar que o entrevistado realize os seguintes movimentos: flexão e extensão, flexão lateral direita e esquerda, rotação direita e esquerda. Analisar a simetria em ambos os lados.

continua

Seção 4: Exame Físico	continuação
<p>4.7 Mobilidade segmentar</p> <p><i>Interpretação:</i> avaliação da mobilidade por segmentos do corpo.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> não há questionamento, mas a avaliação da mobilidade por segmentos do corpo. O entrevistador deve solicitar para o entrevistado realizar os seguintes movimentos, com ambos os membros:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Ombros: flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa;b) Antebraço: supinação e pronação;c) Cotovelo: flexão e extensão;d) Punho: flexão, extensão, desvio radial e desvio ulnar;e) Mão: polegar, indicador, médio, anular e mínimo.	
<p>4.8 Miótomos</p> <p><i>Interpretação:</i> avaliação de grupos musculares, que possuem inervações por determinadas raízes nervosas motoras, em membros inferiores e superiores.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> não há questionamento, mas avaliação dos miótomos, por meio:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Marcha na ponta dos pés: esta manobra avalia a raiz S₁. Solicitar ao entrevistado para que ande na ponta dos pés; avaliar: se consegue realizar, não consegue ou realiza com dificuldade;b) Marcha nos calcanhares: esta manobra avalia a raiz L₅ e parcialmente L₄. Solicitar ao entrevistado para que ande nos calcanhares; avaliar: se consegue realizar, não consegue ou realiza com dificuldade;c) Agachar-se e levantar-se: esta manobra avalia as raízes L₃ e L₄. Solicitar ao entrevistado para agache e levante; avaliar: se consegue realizar, não consegue ou realiza com dificuldade;d) Membros inferiores: flexão dorsal (L₄), flexão dorsal do hálux (L₅), gêmeos e peroneais (L₅ e S₁) e flexores dos artelhos (S₁). Solicitar ao entrevistado para que realize os movimentos; avaliar se normal ou anormal;e) Membros superiores: deltóides (C₅), extensores do punho (C₇), flexores do punho (C₇ e C₈) e intrínsecos (C₈). Solicitar ao entrevistado para que realize os movimentos; avaliar se normal ou anormal.	
<p>4.9 Dermátomos</p> <p><i>Interpretação:</i> avaliação da sensibilidade de regiões cutâneas, que possuem inervações por determinadas raízes nervosas sensitivas, em membros inferiores e superiores.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> não há questionamento, mas avaliação dos dermatômos, por meio de: palpação, testes de sensibilidade térmica (quente ou frio) ou dolorosa (agulhas).</p>	

continua

Seção 4: Exame Físico**continuação****4.9 Dermátomos (continuação)**

- a) Membros inferiores: coxa (L_1 , L_2 e L_3), borda medial do pé (L_4), face dorsal do pé (L_5) e borda lateral do pé (S_1). Realizar os testes no entrevistado; avaliar se normal, hiperestesia ou hipoestesia;
- b) Membros superiores: face externa do braço (C_5), face externa do antebraço (C_6), terceiro dedo (C_7), face interna do antebraço (C_8) e face interna do braço (T_1). Realizar os testes no entrevistado; avaliar se normal, hiperestesia ou hipoestesia;

4.10 Atrofia

Interpretação: avaliação visual da simetria e aferição muscular em ambos os lados de membros inferiores e superiores.

Formas de questionamento: não há questionamento, mas avaliação de possível atrofia, por meio da aferição muscular (centímetros) em:

- a) Membros inferiores: coxa e panturrilha – lados: esquerdo e direito;
- b) Membros superiores: braço e antebraço – lados: esquerdo e direito.

4.11 Reflexos ósteotendinosos

Interpretação: avaliação dos reflexos ósteotendinosos, com uso de ferramenta apropriada (martelo de reflexos).

Formas de questionamento: não há questionamento, mas avaliação dos reflexos ósteotendinosos. Para isso, o paciente deverá estar sentado na maca ou cama, com os joelhos fletidos e pés sem apoio. Avaliar, em ambos os lados:

- a) Membros inferiores: rotuliano (L_4), aquiliano (S_1) e cutâneo-plantar
- b) Membros superiores: bicipital (C_5), estilorrádial (C_6) e tricipital (C_7).

4.12 Sinais de compressão radicular

Interpretação: avaliar sinais de compressão radicular por meio da realização de manobras.

Formas de questionamento: não há questionamento, mas avaliação de sinais de compressão radicular por meio das manobras:

- a) Laségue: posicionar o entrevistado em decúbito dorsal e elevar um membro inferior em extensão, fletindo-o sobre a bacia. Caso o entrevistado manifeste cialgia nos primeiros 30-40 graus de elevação, o Laségue resulta em positivo para compressão radicular. A figura ao lado ilustra o teste:

Figura 5: Manobra de Laségue

continua

Seção 4: Exame Físico**continuação****4.12 Sinais de compressão radicular (continuação)**

- a) Laségue: caso o entrevistado não refira dor, duas outras manobras podem ajudar o entrevistador a caracterizar a compressão radicular. No primeiro, o entrevistador deve repetir o teste de Laségue, porém, realizando dorsoflexão máxima no pé do entrevistado. Caso o entrevistado manifeste cialgia, está caracterizada a compressão radicular; caso manifeste dor muscular, descaracteriza-se a compressão radicular. Caso não manifeste dor, outro teste ainda pode ser aplicado. Com o pé em dorsoflexão, o entrevistado deverá fletir o quadril e esticar a perna do entrevistado até um ângulo de 90 graus. Caso o entrevistado manifeste cialgia, está caracterizada a compressão radicular; caso manifeste dor muscular, descaracteriza-se a compressão radicular. Caso não manifeste dor, o resultado para o Laségue será negativo. As figuras abaixo auxiliam a compreensão das manobras:

Figura 6– Manobras complementares ao Laségue

- b) Laségue cruzado: o Laségue cruzado complementa as manobras acima. Posicionar o entrevistado em decúbito dorsal e elevar um membro inferior em extensão, cruzando-o na direção oposta. A elevação do membro deve ser o suficiente para permitir o cruzamento sobre o outro membro. Caso o entrevistado manifeste cialgia, o Laségue Cruzado será positivo; caso contrário, negativo. A figura abaixo ilustra esta manobra:

Figura 7: Manobra de Laségue cruzado

continua

Seção 4: Exame Físico	conclusão
<p>4.12 Sinais de compressão radicular (continuação)</p> <p>c) Manobra do Tripé: posicionar o entrevistado em decúbito dorsal; flexionar um joelho, formando um ângulo de 90°. Fazer dorsoflexão no pé, também formando um ângulo de 90°. Avaliar se positivo ou negativo, em ambos os membros. Caso o entrevistado manifeste cialgia, a Manobra do Tripé será positiva; caso contrário, negativa A figura abaixo ilustra esta manobra:</p> <p>Figura 8: Manobra do tripé</p>
<p>4.13 Força muscular segmentar</p> <p><i>Interpretação:</i> avaliação da força muscular segmentar.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> não há questionamento. O entrevistador irá avaliar a força muscular segmentar por meio de testes simples, como: dar as duas mãos ao entrevistado, solicitando para que ele aperte as duas com a mesma intensidade ou solicitar para que o entrevistado ande nas pontas dos dois pés. Verificar queixas de dor, diferença de força entre os lados, dificuldade para realização do teste etc.</p>	
<p>4.14 Sensibilidade</p> <p><i>Interpretação:</i> avaliação da sensibilidade de determinadas regiões do corpo.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> não há questionamento. O entrevistador irá avaliar a sensibilidade por meio de testes simples, como passar a tampa da caneta em braços e mãos ou outras regiões do corpo.</p>	
<p>4.15 Exames do sistema nervoso central (se pertinente)</p> <p><i>Interpretação:</i> exames mais detalhados para avaliação do sistema nervoso central deverão ser realizados, quando pertinente.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> não há questionamento. Neste caso, o entrevistador irá realizar alguns testes complementares para avaliação do sistema nervoso central como, por exemplo, avaliação de distúrbios visuais, de coordenação motora ou de movimento.</p>	
<p>4.16 Outros exames (se pertinente)</p> <p><i>Interpretação:</i> realização de exames complementares, quando pertinente.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> não há questionamento (investigação complementar).</p>	

Seção 5: Hábitos de vida**5.1 Lazer, esportes atividades domésticas (atividades e frequência)**

Interpretação: análise do impacto da lesão ou doença na vida do entrevistado, em relação às atividades sociais.

Formas de questionamento: quais eram as atividades de lazer, esporte e atividades domésticas que você realizava antes do aparecimento da lesão ou doença? Com que frequência você realizava estas atividades? Você realiza estas atividades atualmente? O que mudou em sua vida após o aparecimento da lesão ou doença?

5.2 Consumo de drogas

Interpretação: conhecer os hábitos do entrevistado acerca do uso de tabaco, álcool ou demais drogas.

Formas de questionamento: questionar conforme disposto no *WoDDI*:

- a) Você faz uso de álcool, tabaco (cigarro) ou drogas?
- b) Você modificou seus hábitos de consumo desde o aparecimento dos sintomas?
- c) Você já sentiu necessidade de diminuir o consumo desta substância?
- d) As pessoas do seu convívio já lhe fizeram observações acerca do seu consumo?
- e) Você já teve a impressão de que consome alguma esta substância exageradamente?
- f) Você já teve a necessidade de consumir a substância pela manhã para sentir-se bem?

Seção 6: História sócio-familiar**6.1 Situação sócio-familiar**

Interpretação: conhecer a situação social e familiar do entrevistado.

Formas de questionamento: questionar conforme disposto no *WoDDI*:

- a) Quantas pessoas vivem com você?
- b) Destas pessoas, há alguma criança, adulto ou idoso que dependa de você? Qual a idade desta pessoa?
- c) Alguma pessoa do seu convívio já sofreu um ou mais acidentes de trabalho?
- d) Até que série ou ano você estudou? (avaliar nível de escolaridade).

6.2 Relações interpessoais

Interpretação: compreender as relações interpessoais do entrevistado e o impacto da lesão ou doença nestas relações.

Formas de questionamento: Questionar, conforme disposto no *WoDDI*:

- a) Qual é sua capacidade de responder às solicitações (pedidos) que lhe são feitas por aqueles que o cercam (qualidade, alterações etc). (ou) Você consegue atender às solicitações e pedidos das pessoas que vivem com você?
- b) A situação atual modifica a sua relação com as pessoas do seu convívio? (ou) Qual o impacto da sua situação atual em relação às pessoas que vivem com você?
- c) Houve, recentemente, entre as pessoas do seu convívio, um evento significativo e importante (por exemplo: óbito, doença, problemas familiares etc)?

Seção 7: Situação financeira**7.1 Renda**

Interpretação: conhecer a situação financeira e fontes de renda do entrevistado.

· *Formas de questionamento:* questionar conforme disposto no *WoDDI*:

- a) Quais são suas fontes de renda atuais: INSS, seguro privado, salário regular, outra renda ou nenhuma?
- b) Você considera que sua renda, anterior a lesão, era suficiente para suprir as suas necessidades (e de sua família)?
- c) Qual o impacto do acidente ou da lesão em sua situação financeira?

7.2 Contestação legal

Interpretação: conhecer se há alguma contestação legal em relação à lesão ou doença atual, seja por parte do entrevistado, do empregador ou outro órgão.

Formas de questionamento: Questionar conforme disposto no *WoDDI*:

- a) Existe uma ação judicial relativa à lesão atual?
- b) Qual a natureza da contestação?
- c) Qual o impacto da contestação sobre a situação atual?

Seção 8: Ambiente de trabalho**8.1 Contexto de trabalho**

Interpretação: conhecer o contexto de trabalho do entrevistado.

· *Formas de questionamento:* questionar conforme disposto no *WoDDI*:

- a) Qual o nome da empresa em que você trabalha?
- b) Qual o tamanho da empresa? (ou) Quantos funcionários, aproximadamente, trabalham nesta empresa?
- c) Para qual posto de trabalho você foi designado? (ou) Para qual posto de trabalho você foi contratado? (ou) Qual o seu posto de trabalho?
- d) Há quanto tempo você trabalha nesta empresa?
- e) Há quanto tempo você trabalha? (ou) Você começou a trabalhar com quantos anos?
- f) Qual o tipo de empresa, setor de atividades ou de serviços você trabalha?
- g) Qual formação este trabalho exige?

8.2 Situação de trabalho

Interpretação: conhecer a situação atual de trabalho do entrevistado.

Formas de questionamento: questionar conforme disposto no *WoDDI*:

- a) Você já retornou ao trabalho? Caso tenha retornado, você retornou para seu trabalho regular ou outro tipo de atividade dentro da empresa?
- b) Há quanto tempo você está afastado do trabalho geral? E do seu trabalho regular?
- c) Caso esteja afastado do trabalho: quais são as suas funções atuais (tarefas, horários etc)?

continua

Seção 8: Ambiente de trabalho	continuação
<p>8.3. Regime de trabalho</p> <p><i>Interpretação:</i> Conhecer o regime de trabalho do entrevistado.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> questionar conforme disposto no <i>WoDDI</i>:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Qual o seu regime de trabalho? (tempo integral regular, tempo parcial regular, contratual, horista, hora extra).b) Quantas horas por semana você trabalha?c) Quantos dias na semana você trabalha?d) Qual o seu horário de trabalho?e) Você realiza pausas durante o trabalho?f) Há pausas para as refeições durante seu turno de trabalho?	
<p>8.4 Descrição das tarefas de trabalho</p> <p><i>Interpretação:</i> conhecer as tarefas e atividades desempenhadas pelo entrevistado em seu ambiente de trabalho.</p> <p><i>Formas de questionamento:</i> questionar conforme disposto no <i>WoDDI</i>:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Quais são (ou eram) as tarefas ou atividades mais importantes em seu trabalho?b) Descreva as tarefas cotidianas em seu trabalho (atividades regulares, ciclos de trabalho etc).c) Descrevas as tarefas não cotidianas em seu trabalho (atividades ocasionais).d) Você considera seu trabalho polivalente? (ou) Você acha que seu trabalho tem várias funções e atividades diferentes?e) Recentemente, existiram alterações recentes em suas tarefas ou atividades? Se sim, descreva-as.f) Quais são os equipamentos e materiais que você utiliza em seu trabalho? Você os considera adequados?g) Você anda muito durante seu turno de trabalho? Para quais locais você se desloca (interior ou exterior do local de trabalho)? Qual sua percepção em relação às distâncias percorridas?h) Como é o relacionamento com os colegas de trabalho? E com a chefia e superiores? Vocês mantêm contato?i) Você poderia descrever quais são as posturas mais desconfortáveis ou incômodas em seu trabalho? Você precisa permanecer nestas posturas com frequência?j) Você poderia descrever quais são os esforços mais difíceis em seu trabalho? Você precisa fazê-los com frequência?k) Descreva quais são as dificuldades encontradas em seu trabalho, em relação a peso, acúmulo, problemas de espaço ou organização do espaço, postura, velocidade de execução, imprevistos etc.	

continua

Seção 8: Ambiente de trabalho	conclusão
8.4 Descrição das tarefas de trabalho (continuação)	
l) Em geral, suas tarefas exigem que você fique na mesma postura ou posição por muito tempo?	
m) Em geral, você precisa de uma concentração importante para realizar seu trabalho?	
n) Em geral, você considera seu trabalho monótono ("chato")?	
o) Em geral, o que você acha do ritmo de trabalho exigido nas suas tarefas?	
p) Em geral, você pode escolher entre as várias maneiras de fazer sua tarefa?	
q) Em geral, o que você acha do tipo de piso (somente para trabalho em pé)	
r) Em geral, o que você acha de seu ambiente de trabalho, em relação ao ruído, temperatura, qualidade do ar, presença de vibrações etc?	
s) Em seu trabalho, você precisa manipular pesos? Responda estas questões baseadas no momento antes da lesão e atualmente:	
<ul style="list-style-type: none">· Como você considera este peso?· Estes pesos ficam situados em uma boa altura para você?· Você consegue se aproximar deles o suficiente para apanhá-los ou recolocá-los?· Você tem dificuldades para apanhá-los ou segurá-los?· Você tem dificuldades para deslocá-los ou transportá-los?	
t) Em geral, suas tarefas de trabalho são feitas com movimentos de torção e/ou rotação do tronco?	
u) Se fosse possível melhorar o posto ou a situação de trabalho em que você está atualmente, o que você faria para evitar a fadiga e os riscos? Indique duas opções, em ordem de prioridade	

Seção 9: Percepções e expectativas do trabalhador
9.1 Percepção de retorno ao trabalho <i>Interpretação:</i> compreender a percepção de retorno ao trabalho do entrevistado. <i>Formas de questionamento:</i> em sua opinião, quando você retornará ao trabalho? Quais as condições para seu retorno ao trabalho? Quais os obstáculos e facilitadores para seu retorno ao trabalho? Você tem algum medo de retornar ao trabalho?
9.2 Expectativas <i>Interpretação:</i> compreender as expectativas do trabalhador para o retorno ao trabalho. <i>Formas de questionamento:</i> quais suas expectativas para o processo de retorno ao trabalho?

7 DISCUSSÃO

O processo de adaptação transcultural do *WoDDI* obedeceu às recomendações internacionalmente praticadas neste tipo de estudo (Beaton, et al., 2000, Guillemin 1995; Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993).

A tradução inicial forneceu duas versões distintas, sendo uma representando a versão mais literal das palavras e a outra, o sentido embutido nos termos, o que conferiu uma terceira versão consolidada bastante próxima dos conceitos inerentes ao guia de estudo.

A terceira fase do processo trouxe à discussão alguns termos que, quando retrotraduzidos, apresentavam-se distantes da proposta original e, por este motivo, foram alterados. Além disso, a discussão entre pesquisadores do Canadá e do Brasil após esta etapa, foi crucial para o pleno entendimento dos itens e conceitos abordados.

As discussões junto ao Comitê de Especialistas, por meio da técnica de grupo focal, elucidaram as lacunas entre as traduções e o contexto prático, o que permitiu a adaptação de termos para o contexto brasileiro. Efetivamente, há potenciais diferenças culturais na interpretação de muitos termos. Às vezes, a questão é bem compreendida, mas não é culturalmente significativa (Sperber, 2004).

Nesta fase, a Validação do Conteúdo foi obtida por meio da discussão coletiva e busca de consenso nas divergências encontradas, objetivando um índice de concordância de 90% entre os participantes. Após revisão de todo o guia de entrevista, a versão pré-final foi consolidada e submetida à aplicação em população -teste.

A escolha pelo setor da saúde não emergiu ocasionalmente; ele foi selecionado devido ao perfil de morbidade dos trabalhadores, direcionado predominantemente aos distúrbios musculoesqueléticos, foco principal do *WoDDI*. Além disso, o interesse institucional em investigar e investir nesta área também foi considerado na escolha.

Apesar de ter sido analisada neste contexto, o *WoDDI* pode (e deve) ser utilizado nos vários setores produtivos no País, pois ele possibilita a

investigação de todas as dimensões intervenientes no processo de incapacidade e retorno ao trabalho.

A aplicação da versão pré-final resultou em alterações dos itens que apresentaram percentual de compreensão inferior a 85% na população avaliada (Ciconelli et al., 1999). Também culminou na construção de um manual de orientação de apoio, que explica todos os itens propostos no guia de entrevista e, inclusive, alternativas de questionamento no caso de incompreensibilidade do entrevistado.

O melhor instrumento de medida da saúde não existe. Cada instrumento tem seus pontos fortes e fracos e suas próprias particularidades. É preciso um bom entendimento das capacidades de medida de cada instrumento e estar familiarizado com ele para poder aplicá-lo adequadamente (European Research Group on Health Outcomes, 1996).

Apesar de os resultados finais da aplicação do *WoDDI* não terem sido apresentados nesta tese, por não se constituírem objeto de estudo, pode-se afirmar que ele consegue captar os diversos sistemas envolvidos no contexto do trabalho, que são determinantes para o processo de incapacidade e para a prevenção dele.

8 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstram que o guia de entrevista *Work Disability Diagnosis Interview* está adaptado para a realidade brasileira, podendo ser utilizado por profissionais e serviços interessados nos assuntos de incapacidade relacionada ao trabalho.

Apesar de ser uma ferramenta de pesquisa extensa, ela pode ser aplicada por diferentes profissionais, em momentos distintos, desde que haja, posteriormente, a discussão conjunta das informações coletadas.

Os dados obtidos por meio da aplicação do guia de entrevista, apesar de não abordados nesta tese, foram de uma riqueza inestimável, pois constituem as percepções, pensamentos e sentimentos do trabalhador acerca de si próprio, sua saúde e relações com o trabalho, além de uma avaliação física completa. Ademais, o estabelecimento do vínculo com o trabalhador durante a entrevista colaboração para a interpretação final dos dados entre os entrevistados.

Conforme o cronograma estabelecido entre as universidades de Montreal e São Paulo, será dado início à fase de avaliação da exequibilidade do Modelo de Sherbrooke no País, em um projeto multicêntrico que envolverá diversos cenários de pesquisa. Nesta oportunidade, a aplicação do *WoDDI* será realizada em grande escala, por diversos profissionais da área da saúde (alguns, inclusive, já treinados para este fim). Este projeto piloto viabilizará a validação do *WoDDI* em uma população maior, advinda dos diversos setores da economia nacional, permitindo a aplicação de testes psicométricos.

9 REFERÊNCIAS

- Alexandre NMC. Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;21(1):84-90.
- Alexandre NMC, Barros ENC. Cross-cultural adaptation of the Nordic musculoskeletal questionnaire. *Int Nurs Rev*. 2003;50(2):101-107.
- Alexandre NMC, Benatti MCC. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1998;6(2):65-72.
- Alexandre NMC, Guirardello EB. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(2):109-11.
- Altman B. Disability definitions, models, classification schemes and applications. In: *Handbook of disability studies*. USA: Sage Publications; 2001.p.97-122.
- Alves KC, Robazzi MLCC, Marziale MHP. Enfermagem voltada à saúde dos trabalhadores e a subnotificação acidentária em um hospital público. In: *Anais do 11º Seminário Nacional de Pesquisas em Enfermagem*; 2001 maio 27-30; Pará, BR. Belém: ABEn-Seção-PA;2001.
- Associação Brasileira de Enfermagem. Cartilha do trabalhador de enfermagem: saúde, segurança e boas condições de trabalho. Rio de Janeiro: ABEn/RJ;2006.
- Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev. Lat AM Enfermagem [online]*. 2003;11(2):177-183
- Barros Filho TEP, Lench O. O exame físico em ortopedia. São Paulo: Savier, 2002.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24): 3186-91.
- Binder MCP, Cordeiro R. Sub-registros de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo , 1997. *Rev Saude Publica*. 2003;37(4): 409-16.
- Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev Saude Publica*. 2002;36(3):337-42.
- Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado;1988.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 set. 1991. Seções V e VI.

Brasil. Portaria MS/GM n. 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 14 jul. 1998.

Brasil. Decreto 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 12 maio 1999.

Brasil. Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 21 dez. 1999. Seção 3.

Brasil. Portaria n. 1.679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 2002.

Brasil. Portaria Interministerial n. 800 de 03 de Maio de 2005. Publica o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, elaborada pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, 05 maio 2005.

Brasil. Lei n. 11.430, de 26 de dezembro de 2006. Altera algumas leis e aumenta o valor dos benefícios da previdência social. Diário Oficial da União, Brasília, 27 dez. 2006.

Brasil. Decreto 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 fev. 2007.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instrução Normativa INSS/PRES Nº. 16, de 27 de março de 2007. Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 mar. 2007.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Panorama da Previdência Social Brasileira. Brasília(DF), 2ed; 2007.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Anuário Estatístico de Acidente do Trabalho 2008. Brasília, 2008 [citado 16 ago. 2009]. Disponível em: http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_091028-191015-957.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2008.

Brasil. Portaria n. 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 11 nov. 2009.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Benefícios da Previdência Social. Auxílio-doença acidentário [homepage na internet]. Brasília; 2010 [citado 06 fev 2010]. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=148>.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Benefícios da Previdência Social. Reabilitação Profissional [homepage na internet]. Brasília; 2010 [citado 06 fev 2010]. Disponível em: http://www1.previdencia.gov.br/pg_secundarias/paginas_perfis/perfil_comPrevidencia_09_06.asp

Buckup K. Testes clínicos para patologia óssea, articular e muscular. São Paulo: Manole;2002.

Campoamor MM, Domingues LG, Robazzi MLCC. A subnotificação de acidentes de trabalho observadas através das informações hospitalares. In: Simpósio de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo. São Paulo, BR. São Paulo: USP, 1998.

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupo focais. Brasília: Classificação Internacional das Práticas em Saúde Coletiva; 1999; p.306-24.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36) [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina;1997.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36. Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50.

D'Ambrosio U. Transdisciplinaridade. São Paulo: Pallas Athena; 1997.

Duran ECM, Cocco MIM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. Rev Lat Am Enfermagem. 2004;12(1):43-9.

Durand MJ, Loisel P. Therapeutic return to work: rehabilitation in the workplace. Work. 2001;17:57-63.

Durand MJ, Loisel P, Hong QN, Charpentier N. Helping clinicians in work disability prevention: the Work Disability Diagnosis Interview. J Occu Rehabil. 2002;12(3);191-204.

Durand MJ, Vachon B, Loisel P, Berthelette D. Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. Work. 2003; 21:233-42.

European Research Group on Health Outcomes- ERGHO. Choosing a health outcome measure instrument [homepage on internet]; Germany: 1996 [citado 13 jan 2009]. Disponível em: http://www.meb.uni-bonn.de/standards/ERGHO/ERGHO_Instruments.html

- Felli VEA, Marziale MHP, Robazzi MLCC, Alexandre NMC . A saúde do trabalhador no contexto da saúde do adulto. In: ABEn. (Org.). Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto. Porto Alegre: ArtMed/Panamericana; 2007;4:9-44.
- Ferrari AL. Adaptação transcultural do o *Cultural Study of Musculoskeletal and other symptoms and Associated Disability - CUPID Questionnaire* [dissertação]. São Paulo, EEUSP, 2009.
- Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H, Côte J, St-Michel G. The Quebec Classification: Disability Creation Process. Quebec; International Network on the Disability Creation Process;1998.
- Franché RI, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *J Occup Rehabil.* 2005;15(4):525-42.
- Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, Shannon H, Bombardier C, Beaton D, Cole D. Preventing disability from work-related low-back pain. *Can Med Assoc J.* 1998;158(12):1625-31.
- Gallasch CH. Adaptação cultural do instrumento: Work Role Functioning Questionnaire [dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas UNICAMP; 2007
- Golafshani N. Understanding reliability and validity in qualitative research. *Qual Rep.* 2003;8(4):597-607.
- Gorenstein C, Andrade L. Validation of portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996; 29: 453-457.
- Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol.* 1995;24(2):61-3.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46:14-32.
- Gurgueira GP, Alexandre NMC, Corrêa-Filho HR. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. *Rev Lat Am. Enfermagem* [online]. 2003;11(5):608-613.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998;7(4):323-35.
- Kendall NAS, Burton AK, Main CJ, Watson PJ. Tackling musculoskeletal problems: a guide for the clinic and workplace identifying obstacles using the psychosocial flags framework. London: The Stationary Office; 2009.
- Lino MM. Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI. Adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade da USP;1999.

- Loisel P, Durand P, Abenhaim L, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, Esdaile JM. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model Results of a pilot feasibility study. *Occup Environ Med*. 1994;51:597-602.
- Loisel P, Durand MJ, Berthelette D, Vézina N, Baril R, Gagnon D et al. Disability Prevention: new paradigm for the management of occupational back pain. *Dis Manage Health Outcomes*. 2001;9(7):351-60.
- Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S et al. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med*. 2002; 59: 807-15.
- Loisel P, Durand MJ. Applying transdisciplinary to the complexity of work disability prevention. Centro de Educação Transdisciplinar CETRANS; 2005 [acessado em 08 abr 2010] . Disponível em: http://cetrans.com.br/artigos/Patrick_Loisel.pdf
- Loisel P, Côté P, Durand MJ, Franche RL, Sullivan MJ et al. Training the next generation of researchers in work disability prevention: the Canadian Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program. *J Occup Rehabil*. 2005;15(3):273-84.
- Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, Webster B. Prevention of work disability due musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil*. 2005 dec: 5(4).
- Loisel P, Falardeau M, Baril R, Durand MJ, Langley A, Sauvé S, Gervais J. The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders. *Disabil Rehabil*. 2005;27(10):561-69.
- Loisel P, Charpentier N, Felli VAE, Durand MJ, Costa-Black K, Mininel VA, Hong QN. Cross-cultural adaptation of the Work Disability Diagnostic Interview (WoDDI) for a Brazilian context. Report present to Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR); 2007.
- Loiola RA, Felli VEA. Musculoskeletal disorders among nursing workers and the quality of life. *Ergonomia. Int J Ergo Human Factors*; 2007;2:251-6.
- Lloyd C, Wagnorn G, McHugh C. Musculoskeletal disorders and comorbid depression: implications for practice. *Aust Occ Ther J*. 2008;55:23-29.
- Lynn MR. Determination and qualification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6): 382-5.
- Maeno M, Takahashi MAC, Lima MAG. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiatr*. 2009;16(2):53-58.
- Maeno M, Vilela RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev Bras Saude Ocup*. 2010;35(121):87-99.
- Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher CQ, Vieira LB. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):187-93.

- Marois E, Durand MJ. Does participation in interdisciplinary work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disabil Rehabil*. 2009;31(12):994-1007.
- Martinez MC, Latorre MRDO, Fisher FM. Validação e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):525-32.
- Martinez MC, Latorre MRDO. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(5): 851-8.
- Mininel VA. Ações gerenciais direcionadas à qualidade de vida no trabalho de enfermagem: a percepção dos enfermeiros [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.
- Mininel VA. Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: responsabilidade gerencial do enfermeiro [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2006.
- Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(3):364-73.
- Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Golderberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris Questionnaire - Brazil Roland-Morris. *Braz J Me Biol Res*. 2001;34(2):203-10.
- Oliveira AC, Gonçalves JA. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):482-7.
- Orfale AG, Araújo PMP, Ferraz MB, Natour J. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire. *Braz J Me Biol Res*. 2005;38(2):293-302.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde. CIF. Genebra;2002. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/~cbcd/Material/Guia_para_principiantes_CIF_cbcd.pdf
- Patton MQ. *Qualitative research and evaluation research methods*. 3ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; 2002.
- Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dos McGill: proposta de adaptação para a língua. *Rev Bras anesthesiol* 2007; 47(2): 177-86.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Tradução: Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Prévillle M, Boyer RC, Légaré G. La détresse psychologique: détermination de la fragilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Montreal: Santé Québec; 1992.
- Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):669-76.

- Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):665-73.
- Rose LS, Pietri CE. Workers as research subjects: a vulnerable population. *J Occup Environ Med*. 2002;44(9):801-5.
- Rossi D, Bravo ES, Takahashi MAC, Maeno M, Cardillo M, Watanabe M. Reabilitação profissional pública, um direito do cidadão. Documento para discussão pública; 2007. [acessado 26 fev. 2009] Disponível em: http://www.spbancarios.com.br/download/17/proposta_rp_out2007.pdf
- Salomé GM, Martins MFMS, Espósito VHC. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Rev Bras Enferm* [online]. 2009;62(6):856-862.
- Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT, Kurcgant P, Silva FJ.. Absenteísmo: doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2009;43(2):1277-1283.
- Santana VS. Bases epidemiológicas do Fator Acidentário Previdenciário. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(4):440-53.
- Santana VS, Araújo-Filho JB, Oliveira PRA, Branco AB. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Rev Saude Publica*. 2006;40(6):1004-12.
- Sapia T; Felli, VEA, Ciampone MHT. Health problems among outpatient nursing personnel with a high physiological workload. *Acta Paul Enferm* [online]. 2009;22(6):808-813.
- Sarquis LMM. A subnotificação dos acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem. *Cienc Cult*. 2000; 15; 54-69.
- Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP, Laus AM. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2009;18(2):330-337.
- Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Lat Am Enfermagem*. 2000;8(5):44-51.
- Simonelli AP, Camarotto JÁ, Bravo ES, Vilela RAG. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Rev Bras Saude Ocup*. 2010;35(121):64-73.
- Siqueira FB, Salmela LFT, Magalhães FC. Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira da escala Tampa de cinesiofobia. *Acta Ortop Bras*. 2007;15(1):19-24.
- Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*. 2004;126:S124-28.
- Takahashi MABC. Incapacidade e previdência social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990 [tese de doutorado].

Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Takahashi MABC, Iguti AM. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cad Saude Publica*. 2008; 24(11): 2661-70.

Tilden VP, Nelson CA, May BA. Use of qualitative methods to enhance content validity. *Nurs Res*. 1990;39(3): 172-5.

Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, Lancean S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saude Ocup*. 2010;35(121):10-22.

Vigatto R, Alexandre NM, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine*. 2007;32(4):481-6.

Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. London: Faculty of Occupational Medicine; 2000. [citado em 04 fev 2010]. Disponível em: <http://www.facocmed.ac.uk/library/index.jsp?ref=383>

Waddell G. The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2nd ed. Chap. 3 e 5; 2004.

Walsh IAP, Corral S, Franco RN, Canetti EEF, Alem MER, Coury HJCG. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(2): 149-56.

Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing research. Philadelphia, PA: Davis Co; 1984.

Winter G. A comparative discussion of the notion of validity in qualitative and quantitative research. *Quali Rep*. 2000;4(3).

World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. Geneva, 2007 [citado em 22 jul 2007]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J Nurs Res*. 2003;25(5):508-18.

10 ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

São Paulo, 18 de julho de 2008.

Ilmo(a). Sr(a).

Dra. Vanda Elisa Andres Felli

Departamento de Orientação Profissional

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “Adaptação transcultural da Outil d” identification de la situation de handicap au travail (OISHT) para o contexto brasileiro – **Co-auto(es):** Vivian Aline Mininel – **Registro CEP-HU/USP:** 818/08 - **SISNEP CAAE:** 0030.0.198.196-08.

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 18 de julho de 2008, analisou o Projeto de Pesquisa acima citado e seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerando:

- 1) **Necessária maior precisão no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido quanto ao reembolso ou não das despesas com transporte até o Hospital Universitário da USP;**
- 2) **Enviar ao CEP-HU/USP a cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a modificação solicitada no item anterior.**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP, manifesta-se pela **APROVAÇÃO COM RECOMENDAÇÃO** do Projeto de Pesquisa proposto, devendo a pesquisadora cumprir as questões acima, antes do início do estudo.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **O primeiro relatório está previsto para 18 de julho de 2009.**

Atenciosamente,

Dr. Maurício Seckler
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
 Hospital Universitário da USP

ANEXO B – Autorização ao Departamento de Pessoal HUUSP

São Paulo, 23 de julho de 2008.

Ilmº. S^r.

Pedro Nepomuceno do Carmo

DD. Diretor do Serviço de Pessoal

Hospital Universitário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “*Adaptação transcultural da Outil d’identification de la situation de handicap au travail (OISHT) para contexto brasileiro*” – **Pesquisadora responsável (Orientadora):** Dra. Vanda Elisa Andres Felli – **Aluna:** Vivian Aline Mininel - **SISNEP CAAE:** 0030.0.198.196-08

Senhor Diretor

Informamos que o projeto de pesquisa, acima citado, foi **APROVADO** pela Câmara de Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa deste Hospital Universitário, podendo ser feito o levantamento de dados através dos prontuários dos funcionários.

O(A) pesquisador(a) entrará em contato com V.Sa. para combinar como o projeto será executado, sem que haja prejuízo para o trabalho de rotina do Serviço de Pessoal.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

C/CÓPIA PARA O PESQUISADOR(A)

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado Sr(a) _____

Gostaria de convidar o(a) Sr(a) para participar do projeto “*Adaptação transcultural da Outil d’identification de la situation de handicap au travail (OISHT)* para o contexto brasileiro”, um estudo que irá realizar a adaptação de um instrumento de levantamento de riscos associados à incapacidade no trabalho. Este instrumento foi desenvolvido no Canadá e tem demonstrado resultados favoráveis na prevenção de incapacidades decorrentes de acidentes e doenças do trabalho. O objetivo é levantar quais o perfil de morbidade associado ao trabalho e quais os fatores de risco para o desenvolvimento de incapacidades e, assim, estabelecer, futuramente, um plano de intervenções para prevenção de tais incapacidades. Para esta participação, o(a) Sr(a) será avaliado por dois profissionais da área da saúde, um médico e um enfermeiro, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional que realizarão perguntas em relação à sua condição de saúde e exame físico, para identificar possíveis fatores de risco associados à incapacidades. Nenhum tipo de risco ou dano poderá decorrer das entrevistas ou exame físico. Ao contrário, esta participação agregará benefício à sua reabilitação e tratamento, uma vez que irá levantar possíveis fatores preditivos de incapacidade no trabalho e, portanto, permitir um plano de intervenções direcionado a tais riscos. Afirmando que o(a) Sr(a) terá acesso, a qualquer tempo, de informações sobre o projeto, inclusive para diminuir suas dúvidas. Também afirmo que o(a) Sr(a) poderá retirar o presente consentimento a qualquer momento deixando, portanto, de participar do estudo, sem que isso implique em prejuízos. São garantidas a confidencialidade, sigilo e privacidade de todos os dados e informações coletadas. As despesas com o transporte até o Hospital Universitário para realização da entrevista e exame físico serão reembolsadas pelas pesquisadoras, mediante apresentação dos respectivos recibos, no momento da entrevista. Será disponibilizada assistência para qualquer dano decorrente da pesquisa, caso ocorra. Caso seja detectado algum problema de saúde no momento início da pesquisa, que não esteja com tratamento em curso, o Sr(a) será encaminhado ao serviço de apoio do Sistema Único de Saúde para tratamento. Caso haja alguma intercorrência de saúde, decorrente da pesquisa, o Sr(a) será atendido no HU/USP, segundo critérios de assistência do mesmo. A pesquisa tem duração aproximada de 120 minutos (duas horas),

Responsáveis pela pesquisa: **Vanda Elisa Andres Felli / Vivian Aline Mininel**

Endereço: Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 05403-000, São Paulo/SP

Telefones: (11) 3796.0709 / 7654.5054 / 3061.7556

E-mail: vandaeli@usp.br / vivian.aline@usp.br

Comitê de Ética e Pesquisa do HU/USP:

Endereço: Avenida Professor Lineu Prestes, 2565, Cidade Universitária, 05508-000, São Paulo/SP. Telefones: (11) 3091.9452. E-mail: cep@hu.usp.br

Identificação do Sujeito da Pesquisa:

Nome: _____
 N° documento de identidade: _____ Sexo: _____
 Data de nascimento: ____/____/_____
 Endereço: _____
 Telefone: (____) _____

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 2010.

 Assinatura do sujeito de pesquisa

 Vivian Aline Mininel – EE/USP

ANEXO D – Autorização para adaptação do WoDDI

October 23th, 2007

Dear Professor Felli,

I hereby recognize that we have signed an agreement between the Centre of Action for Work Disability Prevention and Rehabilitation (CAPRIT) of the Université de Sherbrooke and the School of Nursing (Eschola de Enfermagem) of the University of Sao Paulo. Inside this framework, we have jointly translated from French to Brazilian Portuguese a work rehabilitation tool, the "Work Disability Diagnosis Interview" (WoDDI) that we had developed in CAPRIT¹.

This is to confirm you that we have given you the right of making and using this translation for research and intervention purposes, in the framework of projects made in relation with your school. However, the copyright remains the ownership of CAPRIT and may not be diffused outside of the present agreement nor been sold.

I hope we will continue a fruitful research and academic collaboration between us and our institutions

Sincerely,

Patrick Loisel, md
Professor, Université de Sherbrooke
Director of CAPRIT
Research Chair in Work Rehabilitation (J Armand Bombardier - Pratt & Whitney Canada)

Address:
1111, St Charles Ouest, Suite 101,
Longueuil (Québec), J4K 5G4
Canada
Patrick.Loisel@USherbrooke.ca
<http://www.caprit.ca>

1 Durand, M.J., Loisel, P., Hong, Q.N., and Charpentier, N. (2002). Helping clinicians in Work Disability Prevention: The Work Disability Diagnosis Interview. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(3), 191-204

1111, rue Saint-Charles Ouest, bureau 101
Longueuil (Québec) J4K 5G4
Par téléphone : (450) 674-5908
Par télécopieur : (450) 674-5237
www.caprit.ca

Hôpital Charles LeMoine
Centre affilié universitaire
et régional de la Montérégie

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

ANEXO E – Orientações ao Comitê de Especialistas

Comitê de Especialistas⁶ - Discussão e Avaliação do WoDDI

Atividades:

1. Com base nos relatórios, identificar as discrepâncias ou dúvidas encontradas
2. Analisar as sugestões dos especialistas para possíveis substituições e suas justificativas, com base nas seguintes dimensões:
 - a. *Equivalência Semântica*: poderá ser analisada por meio das questões: as palavras têm o mesmo significado? Quais os significados atribuídos a cada item? São dificuldades gramaticais decorrentes da tradução?
 - b. *Equivalência Idiomática*: o coloquialismo ou as gírias são difíceis de traduzir. O Comitê poderá ter que formular uma expressão equivalente na versão final.
 - c. *Equivalência Experiencial*: os itens procuram capturar a experiência da vida diária; entretanto, em diferentes culturas ou países, coisas que parecem simples podem não ser freqüentemente experienciadas (e, talvez, traduzidas). Nesse caso, os itens do questionário deverão ser substituídos por outros similares que, de fato, reflitam a experiência cotidiana daquela cultura.
 - d. *Equivalência Conceitual*: algumas palavras possuem diferentes significados entre as culturas. O Comitê deverá examinar a instrumento fonte e sua retro-tradução para todas as equivalências. O consenso deverá ser alcançado nos itens e, se necessário, os processos de tradução e retro-tradução deverão ser repetidos, para clarificar que outra palavra poderia ser utilizada. Os membros do Comitê deverão ter a certeza que a versão final do questionário pode ser entendida por um garoto de 12 anos.
3. Acordar pelo consenso a versão pré-final do instrumento.

⁶ Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine 2000, 25(24): 3186-91.

ANEXO F – Inquérito telefônico para convite aos sujeitos

ANEXO G – O *Work Disability Diagnosis Interview (WoDDI)*

**Instrumento de Identificação da Situação de
Incapacidade para o Trabalho
(*Work Disability Diagnosis Interview*
WoDDI)**

Nome : _____

Número de
identificação do
entrevistado: _____

Avaliadores: _____

Data : _____

1. HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL.....	163
2. SÍNDROME DA DOR.....	166
3. CONDIÇÕES DE SAÚDE ANTERIOR E ATUAL.....	169
4. EXAME FÍSICO.....	176
5. HÁBITOS DE VIDA.....	175
6. HISTÓRIA SÓCIO-FAMILIAR.....	177
7. SITUAÇÃO FINANCEIRA.....	178
8. AMBIENTE DE TRABALHO.....	179
9. PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS DO TRABALHADOR.....	185
10. ANÁLISE DOS RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES.....	186

A utilização do gênero masculino foi adotada a fim de facilitar a leitura e não com intenção discriminatória.

1.1 Idade _____

[illegible]

1.6 Trajetória

Data do acidente / início dos sintomas

Data de encaminhamento ao serviço

1.7 Tratamentos anteriores ou atuais

TIPO	BOM	NULO	OBSERVAÇÕES
Antiinflamatório	☐	☐	
Analgésico	☐	☐	
Relaxante muscular	☐	☐	
Infiltração	☐	☐	
Cirurgia	☐	☐	
Acupuntura	☐	☐	
Fisioterapia	☐	☐	
Terapia Ocupacional	☐	☐	
Condicionamento Físico	☐	☐	
OUTROS	BOM	NULO	OBSERVAÇÕES
	☐	☐	
	☐	☐	
	☐	☐	
	☐	☐	

1.8 Exames anteriores

TIPO	DATA	NORMAL	RESULTADOS
Radiografia	__/__/__	☐	
Tomografia computadorizada	__/__/__	☐	
Ultrassonografia	__/__/__	☐	
Cintilografia	__/__/__	☐	
Ressonância Magnética (RM)	__/__/__	☐	
Életroneuromiografia	__/__/__	☐	
OUTROS	DATA	NORMAL	RESULTADOS
	__/__/__	☐	
	__/__/__	☐	
	__/__/__	☐	

1.9 Consultas médicas

Médico consultado

Última consulta

__/__/__

Próxima consulta

__/__/__

1.10 Conotação do diagnóstico atribuído

Conotação desfavorável do diagnóstico estabelecido pelo profissional

Sim ☐

Não ☐

Diagnóstico relatado

P2.	ISIT - (P)	Rótulo diagnóstico.	☐
P3.	ISIT - (P)	Tratamento em curso.	☐
P4.	ISIT - (P)	Percepção, pelo trabalhador, de um tratamento incompleto.	☐
P5.	ISIT - (P)	Representação equivocada da doença ou do tratamento.	☐
P6.	ISIT - (P)	Falta de conhecimento, pelo trabalhador, da sua condição e do prognóstico de recuperação.	☐
P7.	ISIT - (P)	Percepção de uma lesão grave.	☐
P8.	ISIT - (P)	Percepção, pelo trabalhador, de uma falha terapêutica ou de insatisfação com o tratamento.	☐
P9.	ISIT - (P)	Percepção, pelo trabalhador, de uma insuficiência de tratamento.	☐
A1.	ISIT - (A)	Ausência de ações administrativas, causando atraso no encaminhamento do trabalhador.	☐
A2.	ISIT - (A)	Presença de limitações funcionais.	☐
A3.	ISIT - (A)	Ausência de ação conjunta.	☐

2. SÍNDROME DA DOR

2.1 Características das dores atuais

2.1.1 Local da dor

Cervical ☐ Ombro ☐ Quadril ☐
 Dorsal ☐ Braço ☐ Coxa ☐
 Dorsolombar ☐ Cotovelo ☐ Joelho ☐
 Lombar ☐ Antebraço ☐ Perna ☐
 Lombossacral ☐ Punho ☐ Tornozelo ☐
 Outro ☐ Mão ☐ Pé ☐

2.1.2 Momento em que a dor se apresenta

Em repouso ☐ À noite ☐ Em atividade ☐ Constantemente ☐
 Outro ☐ - Especificar : _____

2.1.3 Irradiação

Glúteo Sim ☐ Não ☐ Braço Sim ☐ Não ☐
 Coxa Sim ☐ Não ☐ Abaixo do cotovelo Sim ☐ Não ☐
 Abaixo dos joelhos Sim ☐ Não ☐ Outro _____

P10.	ISIT - (P)	Síndrome dolorosa irradiada abaixo do joelho.	☐
------	------------	---	--------------------------

I.	- Sinal Vermelho	- Dor predominantemente em repouso ou à noite. Aumento da dor na posição deitada. Dor recidivante, progressiva, exponencial.	☐
----	------------------	--	--------------------------

2.2 Rigidez articular

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quando
 Ao se levantar ☐
 Durante o dia ☐
 À noite ☐
 Após atividade ☐

Duração da rigidez matinal: < 1 hora ☐ > 1 hora ☐

II.	- SINAL VERMELHO	- Uma rigidez matinal de 1 hora ou mais é indicio de doença inflamatória.	☐
-----	------------------	---	--------------------------

2.3 Claudicação intermitente

DIREITA	Sim	Não
	☐	☐
Se sim:		
Doença vascular	☐	☐
Doença neurológica	☐	☐

ESQUERDA	Sim	Não
	☐	☐
Se sim:		
Doença vascular	☐	☐
Doença neurológica	☐	☐

III.	SINAL VERMELHO	Uma claudicação intermitente pode ser sinal de doença vascular periférica.	☐
IV.	SINAL VERMELHO	Uma claudicação intermitente pode ser sinal de estenose lombar.	☐

2.4 Síndrome da cauda equina

Incontinência urinária ou fecal, fraqueza dos membros inferiores, hipoestesia ou anestesia em períneo.

V.	SINAL VERMELHO	Presença da Síndrome da Cauda Equina.	☐
----	----------------	---------------------------------------	--------------------------

2.5 Fatores de alteração da dor (de acordo com o local da dor : aplicáveis ou não)

Posição	↗	↘	○	Movimento	↗	↘	○	Outros	↗	↘	○
Sentada	☐	☐	☐	Flexão	☐	☐	☐	Valsalva	☐	☐	☐
Em pé	☐	☐	☐	Extensão	☐	☐	☐				
Deitada	☐	☐	☐	Torsão	☐	☐	☐	Esforço	☐	☐	☐
Agachada	☐	☐	☐	Rotação	☐	☐	☐	Marcha	☐	☐	☐
Braço elevado	☐	☐	☐	Abdução	☐	☐	☐	Exercícios	☐	☐	☐
Outra (qual) :				Adução	☐	☐	☐	Outro (qual) :			
	☐	☐	☐	Desvio lateral	☐	☐	☐		☐	☐	☐
	☐	☐	☐	Desvio medial	☐	☐	☐		☐	☐	☐

2.6 Modos de manejo da dor

P11.	ISIT - (P)	Manejo da dor.	☐
------	------------	----------------	--------------------------

2.7 Termômetro da dor (nos últimos 7 dias.)

NÍVEL DE DOR

Atual (A) _____
 Pior (P) _____
 Menor (M) _____
 Frequente (F) _____

Comentários : _____

P12.	ISIT - (P)	Síndrome dolorosa persistente.	☐
------	------------	--------------------------------	--------------------------

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE ANTERIOR E ATUAL

3.1 Antecedentes pessoais (clínicos, traumáticos, cirúrgicos)

3.2 Estado geral de saúde (peso, apetite, sono, condições psicológicas e físicas, queixas)

3.3 Medicamentos (uso prévio e atual)

3.4 Alergias

P13.	ISIT - (P)	Comorbidade.	☐
P14.	ISIT - (P)	Sequelas resultantes do evento atual ou de outro evento.	☐
P15.	ISIT - (P)	Numerosos antecedentes médicos (acidentes ou outros).	☐
P16.	ISIT - (P)	Antecedentes de origem músculoesquelética que provocam uma ausência prolongada do trabalho.	☐
P17.	ISIT - (P)	Sinais ou sintomas sugestivos de déficit neurológico.	☐

4. EXAME FÍSICO

4.1 Exame geral

Pressão Arterial _____

Frequência Cardíaca _____

Peso _____

Altura _____

Cabeça/pescoço/tórax/abdôme _____

4.2 Observações e exames

Marcha Normal ☐ Claudicação ☐

Alteração postural relevante Sim ☐ Não ☐

Se sim :
Antálgica ☐
Estrutural ☐

Dispositivos Auxiliares Sim ☐ Não ☐

Detalhes

Teste de Schober Normal ☐ Rigidez ☐
(Se $\geq 15\text{cm}$) (Se $< 15\text{cm}$)

VI. SINAL Na ausência de antecedentes de fusão lombar, um Schober < 3 pode indicar um tumor, ☐
VERMELHO uma infecção ou uma doença inflamatória.

4.3 Inspeção

Pele e anexos

Local da inspeção

Sinais tróficos Sim ☐ Não ☐ _____

Cicatrizes Sim ☐ Não ☐ _____

Deformação Sim ☐ Não ☐ _____

Edema Sim ☐ Não ☐ _____

4.4 Palpação e percussão [presença de pontos dolorosos]

VII.	SINAL VERMELHO	Uma dor muito intensa à palpação e/ou percussão pode ser sinal de uma inflamação na região vertebral.	☐
------	----------------	---	--------------------------

4.5 Pulsos periféricos

Normal ☐ Diminuído ☐ Ausente ☐

VIII.	SINAL VERMELHO	Uma ausência de pulso periférico pode ser indicio de doença vascular periférica.	☐
-------	----------------	--	--------------------------

4.6 Mobilidade vertebral

Normal ☐ Anormal ☐

4.7 Mobilidade segmentar

Ombro	Direita	Esquerda	Cotovelo	Direita	Esquerda
Flexão			Flexão		
Extensão			Extensão		
Abdução			Punho		
Adução			Flexão		
Rotação interna			Extensão		
Rotação externa			Desvio radial		
Antebraço			Desvio ulnar		
Supinação			Mão		
Pronação			Polegar		
			Indicador		
			Médio		
			Anelar		
			Mínimo		

4.8 Miótomos

	Lado Direito			Lado Esquerdo		
	Sim	Não	Difícil	Sim	Não	Difícil
Marcha na ponta dos pés <i>(esta manobra avalia a raiz S₁).</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Marcha nos calcanhares <i>(esta manobra avalia a raiz L₅ e parcialmente L₄).</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Agachar-se e levantar-se <i>(esta manobra avalia as raízes L₃ e L₄).</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Membros inferiores	Lado Direito		Lado Esquerdo		Membros superiores	Lado Direito		Lado Esquerdo	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal		Normal	Anormal	Normal	Anormal
Flexão dorsal (L ₄)	☐	☐	☐	☐	Deltóides (C ₅)	☐	☐	☐	☐
Flexão dorsal do hálux (L ₅)	☐	☐	☐	☐	Extensores do punho (C ₇)	☐	☐	☐	☐
Gêmeos e peroneais (L ₅ e S ₁)	☐	☐	☐	☐	Flexores do punho (C ₇) (C ₈)	☐	☐	☐	☐
Flexores dos artelhos (S ₁)	☐	☐	☐	☐	Flexores dos dedos (C ₈)	☐	☐	☐	☐
					Intrínsecos (C ₈)	☐	☐	☐	☐

4.9 Dermátomos

Membros inferiores	Lado Direito			Lado Esquerdo			Membros superiores	Lado Direito			Lado Esquerdo		
	Normal	Hiperestesia	Hipoestesia	Normal	Hiperestesia	Hipoestesia		Normal	Hiperestesia	Hipoestesia	Normal	Hiperestesia	Hipoestesia
Coxa (L ₁ , L ₂ , L ₃)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Face externa do braço (C ₅)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Borda medial do pé (L ₄)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Face externa do antebraço (C ₆)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Face dorsal do pé (L ₅)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Terceiro dedo (C ₇)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Borda lateral do pé (S ₁)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Face interna do antebraço (C ₈)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Face interna do braço (T ₁)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.10 Atrofia

Membros inferiores	Direita	Esquerda	Membros superiores	Direita	Esquerda
Coxa	_____ cm	_____ cm	Braço	_____ cm	_____ cm
Panturrilha	_____ cm	_____ cm	Antebraço	_____ cm	_____ cm

4.11 Reflexos ósteotendinosos

Membros inferiores	Direita	Esquerda	Membros superiores	Direita	Esquerda
Rotuliano (L ₄)	_____ /4	_____ /4	Bicipital (C ₅)	_____ /4	_____ /4
Aquiliano (S ₁)	_____ /4	_____ /4	Estilorrádial (C ₆)	_____ /4	_____ /4
Cutâneo-plantar	_____ /4	_____ /4	Tricipital (C ₇)	_____ /4	_____ /4

IX.	SINAL VERMELHO	Uma anomalia de reflexos pode indicar uma doença neurológica.	☐
X.	SINAL VERMELHO	A presença de um sinal de Babinski pode indicar uma doença do sistema nervoso central.	☐

4.12 Sinais de compressão radicular

	Direita		Esquerda	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Laségue	☐ _____	☐	☐ _____	☐
Laségue cruzado	☐ _____	☐	☐ _____	☐
Manobra do tripé	☐ _____	☐	☐ _____	☐

XI.	SINAL VERMELHO	Compressão radicular.	☐
-----	----------------	-----------------------	--------------------------

4.13 Força muscular segmentar

4.14 Sensibilidade

4.15 Exame do sistema nervoso central (se pertinente)

4.16 Outros exames (se pertinente)

XII.	SINAL	Déficit sensitivo-motor	☐
	VERMELHO		

5. HÁBITOS DE VIDA

5.1 Lazer, esportes, atividades domésticas (atividades e frequência)

Antes da lesão	
Agora	

P18.	ISIT - (P)	Suspeita de falta de condicionamento físico geral.	☐
P19.	ISIT - (P)	Modo de vida sedentário.	☐

5.2 Consumo de drogas

Você faz uso de álcool, tabaco ou drogas?					
Sim ☐ Não ☐					
Você modificou seus hábitos de consumo desde o aparecimento dos sintomas?					
Álcool ☐		Tabaco ☐		Drogas ☐	
Sim ☐	Não ☐	Sim ☐	Não ☐	Sim ☐	Não ☐
Comentários					

Se sim :

- Você já sentiu necessidade de diminuir o consumo desta substância?
Sim ☐ Não ☐
- As pessoas do seu convívio já lhe fizeram observações acerca de seu consumo?
Sim ☐ Não ☐
- Você já teve a impressão de que consome esta substância exageradamente?
Sim ☐ Não ☐
- Você já teve a necessidade de consumir esta substância pela manhã para se sentir bem?
Sim ☐ Não ☐

P20.	ISIT - (P)	Antecedentes ou presença de consumo problemático de substâncias.	☐
------	------------	--	--------------------------

6. HISTÓRIA SÓCIO-FAMILIAR

6.1 Situação sócio-familiar

Quantas pessoas vivem com você? _____

Crianças ou Idosos _____ Idade _____

Outros _____

Comentários _____

P21.	ISIT - (P)	Vive sozinho.	☐
P22.	ISIT - (P)	Vários filhos ou agregados dependentes.	☐

Alguma pessoa de seu convívio já sofreu um ou mais acidentes de trabalho?

P23.	ISIT - (P)	Alguma pessoa do convívio do trabalhador sofreu um ou mais acidentes de trabalho.	☐
------	------------	---	--------------------------

Nível de escolaridade _____

P24.	ISIT - (P)	Barreiras de ordem cultural	☐
------	------------	-----------------------------	--------------------------

6.2 Relações interpessoais

Qual é sua capacidade de responder às solicitações que lhe são feitas por aqueles que o cercam (qualidade, alterações, etc.)?

A situação atual modifica a sua relação com as pessoas de seu convívio?

Houve, recentemente, entre as pessoas de seu convívio, algum evento significativo e importante (por ex. óbito, doença, problemas familiares, etc.)?

P25.	ISIT - (P)	Isolamento social.	☐
P26.	ISIT - (P)	Presença de eventos recentes significativos de ordem pessoal.	☐

7. SITUAÇÃO FINANCEIRA

7.1 Renda

Quais são suas fontes de renda atuais?

INSS ☐	Seguro privado ☐	Outra renda ☐	Salário regular ☐	Nenhuma renda ☐
----------------------------------	--	---	---	---

Outra: _____

Você considera que sua renda anterior a lesão era suficiente para suprir as suas necessidades (e de sua família)?

Sim ☐

Não ☐

Qual o impacto do acidente sobre sua situação financeira?

A4.	ISIT - (A)	Possível existência de ganhos complementares de ordem financeira.	☐
P27.	ISIT - (P)	Percepção de renda familiar considerada insuficiente, antes da lesão.	☐

7.2 Contestação legal

Existe uma ação judicial relativa à lesão atual?

Sim ☐

Não ☐

Qual a natureza da contestação?

Qual o impacto da contestação sobre a situação?

A5.	ISIT - (A)	Ação legal ou processo.	☐
-----	------------	-------------------------	--------------------------

8. AMBIENTE DE TRABALHO

8.1 Contexto de trabalho

Nome da empresa _____

Tamanho da empresa _____

Designação do posto _____

Sindicato (tipo) _____

Tempo de trabalho na empresa _____

Tempo total de trabalho _____

Qual o tipo de empresa, setor de atividades ou serviços em que você trabalha?

Qual formação este trabalho exige?

A6.	ISIT - (A)	Ausência do empregador durante o processo.	☐
A7.	ISIT - (A)	Curto tempo de serviço no posto de trabalho.	☐

8.2 Situação de trabalho

Presente ao trabalho regular ☐

Ausente ao trabalho regular ☐

Ausente de qualquer trabalho ☐

Duração da ausência total do trabalho regular _____
(data)

Se ausente do trabalho regular, quais são as funções atuais (tarefas, horários, etc)?

P28.	ISIT - (P)	Trajectoria de trabalho deixando suspeitas acerca de uma dificuldade de reintegração ao mesmo.	☐
P29.	ISIT - (P)	O trabalhador não acha que está em condições de retornar ao trabalho.	☐
A8.	ISIT - (A)	Longa ausência do trabalho regular.	☐
A9.	ISIT - (A)	Longa ausência de qualquer trabalho na empresa.	☐
A10.	ISIT - (A)	Medidas de reintegração ao trabalho interrompidas por diferentes motivos.	☐

8.3 Regime de trabalho

Regime		Número de horas por semana	Número de dias por semana
Tempo integral regular	☐		
Tempo parcial regular	☐		
Horista	☐		
Hora extra	☐		
Tipo de vínculo	☐ CLT ☐ Estatutário ☐ Autônomo ☐ Outro -		
Horário de trabalho			
Pausas durante o trabalho			
Pausa para refeições			

8.4 Descrição das tarefas de trabalho

Quais são (ou eram) as tarefas ou atividades mais importantes em seu trabalho?

Tarefas cotidianas no trabalho (atividades regulares, ciclo de trabalho, etc.)

Tarefas não cotidianas no trabalho (atividades ocasionais)

Tarefa polivalente Sim ☐ Não ☐

E1.	ISIT - (E)	Caráter imprevisível de determinadas tarefas.	☐
E2.	ISIT - (E)	Organização do trabalho descrita como precária pelo trabalhador.	☐
E3.	ISIT - (E)	O trabalhador percebe um nível de estresse profissional elevado.	☐

Alterações recentes na tarefa

Sim ☐ Não ☐

Quais :

Equipamentos, instrumentos, etc.

E4.	ISIT - (E)	Equipamentos de trabalho considerados inadequados pelo trabalhador.	☐
-----	------------	---	--------------------------

Locais, deslocamentos (interior/exterior, percepção das distâncias percorridas, etc.)

Colegas/superior imediato (relacionamentos, contatos atuais, etc.)

E5.	ISIT - (E)	Relações de trabalho consideradas insatisfatórias pelo trabalhador.	☐
E6.	ISIT - (E)	Relações de trabalho consideradas conflitantes pelo trabalhador.	☐

Você poderia descrever quais são as posturas mais desconfortáveis ou incômodas em seu trabalho? Você precisa permanecer nestas posturas com frequência?

E7.	ISIT - (E)	Presença de posturas desconfortáveis ou incômodas.	☐
-----	------------	--	--------------------------

Você poderia descrever quais são os esforços mais difíceis em seu trabalho? Você precisa fazê-los com frequência?

Dificuldades encontradas: se possível, descrever as dificuldades encontradas com informações quantitativas (peso, acúmulo, problemas de espaço ou organização do espaço, postura, velocidade de execução, imprevistos, etc.)

E8.	ISIT - (E)	Design do posto de trabalho considerado inadequado pelo trabalhador.	☐
-----	------------	--	--------------------------

Em geral, suas tarefas exigem que você fique na mesma postura por muito tempo?

E9.	ISIT - (E)	Postura estática prolongada no trabalho.	☐
------------	-------------------	---	--------------------------

Em geral, a execução de suas tarefas exige de você uma concentração importante?

Em geral, você pensa que seu trabalho é monótono?

Em geral, o que você acha do ritmo de trabalho exigido nas tarefas?

Em geral, você tem escolha entre várias maneiras de fazer suas tarefas?

Em geral, o que você acha do tipo de piso? (apenas para trabalho em pé)

Em geral, o que você acha do seu ambiente de trabalho (ruído, calor, frio, qualidade do ar, vibração)?

E10.	ISIT - (E)	Presença de vibrações.	☐
E11.	ISIT - (E)	Insuficiência de pausas.	☐

Em seu trabalho, você precisa manipular peso?

☐ Sim

☐ Não

	Antes da lesão	Atualmente
Come você considera este peso?		
Esses pesos ficam situados em uma boa altura para você?		
Você consegue se aproximar deles o suficiente, para apanhá-los ou recolocá-los?		
Você tem dificuldades para apanhá-los ou para segurá-los?		
Você tem dificuldades para deslocar ou transportar?		

E12.	ISIT - (E)	Peso excessivo.	☐
E13.	ISIT - (E)	Peso excessivo e associado à postura inadequada.	☐

Em geral, suas tarefas de trabalho são feitas com movimentos de torção e/ou rotação do tronco?

E14.	ISIT - (E)	Atividade de trabalho repetitiva ou caráter repetitivo de determinadas tarefas.	☐
------	------------	---	--------------------------

Se fosse possível MELHORAR o posto ou a situação de trabalho em que você está atualmente, o que você faria para evitar a fadiga ou os riscos? Indique duas (2) opções, por ordem de prioridade:

1ª escolha

2ª escolha

Comentários

P30.	ISIT - (P)	Grau de insatisfação profissional elevado.	☐
------	------------	--	--------------------------

9. PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS DO TRABALHADOR

9.1 Percepção de retorno ao trabalho (condições, prazos, obstáculos e facilitadores, temores, etc.)

P31.	ISIT - (P)	O trabalhador indica que suas capacidades atuais não atendem às exigências de seu trabalho regular.	☐
P32.	ISIT - (P)	O trabalhador expressa poucos motivos favoráveis ao retorno ao trabalho regular ou ao trabalho em geral.	☐
P33.	ISIT - (P)	Medo de uma possível recidiva e/ou agravamento do quadro no caso de um eventual retorno à atividade.	☐

9.2 Expectativas

Quais são as expectativas e objetivos do trabalhador, em relação ao processo de retorno ao trabalho?

A11.	ISIT - (A)	Ausência de motivação profissional claramente definida.	☐
------	------------	---	--------------------------

9.3 Questionários autoadministrados

P34.	ISIT - (P)	Cinesiofobia.	☐
P35.	ISIT - (P)	Dramatização (catastrofismo).	☐
P36.	ISIT - (P)	Percepção de uma incapacidade física importante.	☐
P37.	ISIT - (P)	Sinais ou sintomas que evocam um quadro psicológico.	☐

10. ANÁLISE DE RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES

10.1 Resumo clínico

Nome : _____
Número de identificação do
entrevistado : _____
Avaliadores: _____

Data : _____

10.2 Presença de SINAL VERMELHO

10.3 ISIT ponderado (Indicador da Situação de Incapacidade para o Trabalho)

10.3.1 Indicadores da situação de incapacidade para o trabalho de ordem Pessoal (P)

- ☐ P1. Idade.
- ☐ P2. Rótulo diagnóstico.
- ☐ P3. Tratamento em Curso
- ☐ P4. Percepção, pelo trabalhador, de um tratamento incompleto
- ☐ P5. Representação equivocada da doença ou do tratamento.
- ☐ P6. Falta de conhecimento, pelo trabalhador da sua condição e do prognóstico de recuperação.
- ☐ P7. Percepção de uma lesão grave.
- ☐ P8. Percepção, pelo trabalhador, de uma falha terapêutica ou de insatisfação com o tratamento.
- ☐ P9. Percepção, pelo trabalhador, de uma insuficiência de tratamento.
- ☐ P10. Síndrome dolorosa irradiada abaixo do joelho.
- ☐ P11. Manejo da dor.
- ☐ P12. Síndrome dolorosa persistente.
- ☐ P13. Comorbidade.
- ☐ P14. Sequelas resultantes do evento atual ou de outro evento.
- ☐ P15. Numerosos antecedentes médicos (acidentes ou outros).
- ☐ P16. Antecedentes de origem musculoesquelética que provocam uma ausência prolongada do trabalho.
- ☐ P17. Sinais ou sintomas de sugestivos de déficit neurológico.
- ☐ P18. Suspeita de falta de condicionamento físico geral.
- ☐ P19. Modo de vida sedentário.
- ☐ P20. Antecedentes ou presença de consumo problemático de substâncias.
- ☐ P21. Vive sozinho.
- ☐ P22. Vários filhos ou agregados dependentes.
- ☐ P23. Alguma pessoa do convívio do trabalhador sofreu um ou mais acidentes de trabalho.
- ☐ P24. Barreiras de ordem cultural.
- ☐ P25. Isolamento social.
- ☐ P26. Presença de eventos recentes significativos de ordem pessoal.
- ☐ P27. Percepção de renda familiar considerada insuficiente, antes da lesão.

- ☐ P28. Trajetória de trabalho deixando suspeitas acerca de uma dificuldade de reintegração ao mesmo.
- ☐ P29. O trabalhador não acha que está em condições de retornar ao trabalho.
- ☐ P30. Grau de insatisfação profissional elevado.
- ☐ P31. O trabalhador indica que suas capacidades atuais não atendem às exigências de seu trabalho regular.
- ☐ P32. O trabalhador expressa poucos motivos favoráveis para o retorno ao trabalho regular ou ao trabalho em geral.
- ☐ P33. Medo de uma possível recidiva e/ou agravamento do quadro, no caso de um eventual retorno à atividade.
- ☐ P34. Cinesiofobia.
- ☐ P35. Dramatização (catastrofismo).
- ☐ P36. Percepção de uma incapacidade física importante.
- ☐ P37. Sinais ou sintomas que evocam um quadro psicológico

10.3.2 Indicadores da situação de incapacidade no trabalho de ordem Administrativa (A)

- ☐ A1. Ausência de ações administrativas, causando atraso no encaminhamento do trabalhador.
- ☐ A2. Presença de limitações funcionais.
- ☐ A3. Ausência de ação conjunta.
- ☐ A4. Possível existência de ganhos complementares de ordem financeira.
- ☐ A5. Ação legal ou processo.
- ☐ A6. Ausência de empregador durante o processo.
- ☐ A7. Curto tempo de serviço no posto de trabalho.
- ☐ A8. Longa ausência do trabalho regular.
- ☐ A9. Longa ausência de qualquer trabalho na empresa.
- ☐ A10. Medidas de reintegração ao trabalho interrompidas por diferentes motivos.
 - ☐ O empregador justifica ausência de trabalhos leves disponíveis.
 - ☐ O trabalhador teve um aumento da síndrome dolorosa.
 - ☐ A organização do trabalho.
 - ☐ Outro: _____
- ☐ A11. Ausência de motivação profissional claramente definida.

10.3.3 Indicadores da situação de incapacidade no trabalho de ordem Ergonômica (E)

- ☐ E1. Caráter imprevisível de determinadas tarefas.
- ☐ E2. Organização do trabalho descrita como precária pelo trabalhador.
- ☐ E3. O trabalhador percebe um nível de estresse profissional elevado.
- ☐ E4. Equipamentos de trabalho considerados inadequados pelo trabalhador.
- ☐ E5. Relações de trabalho consideradas insatisfatórias pelo trabalhador.
- ☐ E6. Relações de trabalho consideradas conflitantes pelo trabalhador.
- ☐ E7. Presença de posturas desconfortáveis ou incômodas.
- ☐ E8. Design do posto de trabalho considerado inadequado pelo trabalhador.
- ☐ E9. Postura estática prolongada no trabalho.
- ☐ E10. Presença de vibrações.
- ☐ E11. Insuficiência de pausas.
- ☐ E12. Peso excessivo.
- ☐ E13. Peso excessivo e associado a postura inadequada.
- ☐ E14. Atividade de trabalho repetitiva ou caráter repetitivo de determinadas tarefas.

10.4 Fatores favoráveis a um eventual retorno ao trabalho

- ☐ Idade.

- ☐ Condicionamento físico favorável.
- ☐ Modo de vida ativo antes do acidente.
- ☐ Assiduidade ao trabalho (ausência de antecedentes musculoesqueléticos tendo provocado uma ausência prolongada do trabalho).
- ☐ O trabalhador se dispõe favoravelmente a um retorno ao trabalho, no posto de _____.
- ☐ Longo tempo de serviço com o atual empregador (_____ anos).
- ☐ O trabalhador emite vários motivos favoráveis a um retorno ao trabalho: _____ (por ex.: aprecia seu trabalho, o impacto financeiro, etc).
- ☐ As relações de trabalho são consideradas satisfatórias pelo trabalhador.
- ☐ Ausência de fatores de risco no ambiente de trabalho.
- ☐ O trabalhador se dedica ativamente durante esse processo.
- ☐ O trabalhador possui real conhecimento de sua condição.
- ☐ O trabalhador soube desenvolver e aplicar métodos de manejo da dor que lhe dão, a seu ver, resultados satisfatórios.
- ☐ Acontecimentos recentes favoráveis.
- ☐ O empregador manteve contatos regulares com seu empregado.

10.5 Recomendações