



**Inês Alexandra  
Rebelo Diogo**

**Processo de diagnóstico de doença profissional  
musculosquelética: um estudo de carácter misto sobre  
a perspetiva dos trabalhadores**



**Inês Alexandra  
Rebelo Diogo**

**Processo de diagnóstico de doença  
profissional musculoesquelética: um estudo  
carácter misto sobre a perspetiva dos  
trabalhadores**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Gonçalves da Silva, Professora Coordenadora Principal da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu avô Mateus.

## **O júri**

Presidente	Professora Doutora Alda Marques Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Arguente	Professora Doutora Carmen Caeiro Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
Orientadora	Professora Doutora Anabela Silva Professora Coordenadora Principal da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todos os que direta, ou indiretamente, permitiram a realização deste trabalho de investigação. Em primeiro lugar, à Doutora Anabela Silva a pela orientação, recomendações, rigor e infinita paciência, que foram fatores determinantes para a estruturação deste projeto e dos seus objetivos.

E como nada se constrói sozinho, dirijo o meu agradecimento ao meu namorado, à minha família e amigos, que me apoiam e me incentivam a dar sempre o melhor de mim.

**palavras-chave****Doença Profissional; Dor crónica; Fisioterapia****resumo**

**Introdução:** A emissão da declaração de que um trabalhador tem doença profissional (DP) e respetiva percentagem de incapacidade podem atuar como facilitadoras da cronificação da dor com impacto negativo na autoeficácia do trabalhador. O objetivo deste estudo foi o de caracterizar o processo de diagnóstico de DP musculoesquelética na perspetiva dos trabalhadores e identificar as suas crenças, estratégias de adaptação, preocupações e necessidades em termos de cuidados de saúde em geral e fisioterapia em particular.

**Métodos:** Estudo de carácter misto com recurso a entrevistas individuais semi-estruturadas, e escalas validadas para a população portuguesa. nomeadamente o Inventário Reduzido da Dor, Inventário de Sensibilização Central, Escala de Ansiedade e Depressão de 21 itens e Escala de Catastrofização da Dor. A estatística descritiva foi usada para analisar os dados quantitativos e os dados qualitativos foram alvo de uma análise de conteúdo.

**Resultados:** A intensidade da dor (média±SD) foi de 6.2±0.4 e a interferência da dor foi de 6.5±0.5. O Inventário de Sensibilização Central indicou que 33% dos participantes apresentavam sintomas moderados e igual número apresentava sintomas extremos. A análise das entrevistas revela que a DP tem um impacto negativo na pessoa, no seu-dia-a-dia e no seu trabalho; que o processo de diagnóstico de DP é longo e pouco centrado na pessoa, gera sentimentos de frustração e injustiça; a informação e apoio dados aos trabalhadores são percebidos como insuficientes e os cuidados prestados de baixa qualidade.

**Conclusões:** Os resultados indicam a necessidade de repensar a atuação dos profissionais de saúde nos seus vários ramos, uma vez que não parecem prestar cuidados centrados na pessoa. É necessária mais informação e mais estudos sobre esta população.

**keywords****Occupational disease; Chronic pain; Physiotherapy****abstract**

**Introduction:** Issuing a declaration that a worker has an occupational disease and the respective percentage of disability can act as facilitators of pain chronification, negatively impacting the workers' self-efficacy. The objective of this study was to characterize the process of diagnosing musculoskeletal occupational disease from the perspective of the workers and describe their beliefs, adaptation strategies, concerns and needs in terms of health care in general and physiotherapy in particular.

**Methods:** Mixed methods study using semi-structured individual interviews, a sociodemographic questionnaire, and scales validated for the Portuguese population, namely the Brief Pain Inventory, Central Sensitization Inventory, 21-item Anxiety and Depression Scale and Pain Catastrophizing Scale. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data and qualitative data was subject to a thematic content analysis.

**Results:** All participants reported pain at the time of applying the questionnaires and the interview. Mean ( $\pm$ SD) pain severity was  $6.2\pm 0.4$  (mean $\pm$ sd) and mean pain interference was  $6.5\pm 0.5$ . The Central Sensitization Inventory indicated that 33% of participants had moderate symptoms and an equal number had extreme symptoms. The analysis of the interviews revealed that occupational disease has a negative impact on the person, on their day-to-day life and on their work; the diagnosis process is long and not person-centered, generating feelings of frustration and injustice; the information and support given to workers are perceived as being insufficient and the care provided of low quality.

**Conclusions:** The results suggest the need to rethink the role of health professionals as they are not perceived as applying a person-centered approach. More information and more studies are needed on this population

## **Siglas**

AT – Acidente de Trabalho

DP – Doença Profissional

± DP – Desvio padrão

F – Feminino

ICC - Coeficiente de correlação intraclasse

ID - Identificação (participante)

M - Masculino

SNS – Sistema Nacional de Saúde



## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Questões e estrutura da entrevista semi-estruturada .....	25
Tabela 2 – Dados sociodemográficos dos participantes .....	28
Tabela 3 – Resultados dos questionários “Inventário Reduzido da Dor” e “Inventário de Sensibilização Central” .....	29
Tabela 4 - Resultados dos questionários “Escala de Ansiedade e Depressão de 21 Itens” e “Escala de Catastrofização” .....	30

## Índice

1. Enquadramento .....	11
1.1.Dor crónica: definição, impacto e prevalência na população geral .....	11
1.2.Fatores de risco para desenvolvimento de dor crónica em contexto laboral .....	12
1.3.Impacto da dor crónica nos trabalhadores e nas empresas .....	14
1.4.Doença Profissional.....	16
1.5.Doença profissional e dor crónica: processo de reabilitação.....	18
1.5.1.Processo de reabilitação centrado na pessoa .....	18
1.6. Objetivos do estudo.....	21
2. Metodologia .....	22
2.1.Considerações éticas .....	22
2.2.Tipo de estudo .....	22
2.3. Participantes: recrutamento e critérios de elegibilidade.....	22
2.4.Procedimentos e instrumentos para caracterização da amostra .....	23
2.4.1. Entrevista .....	25
2.5. Análise dos dados .....	26
3. Resultados.....	28
3.1.Características da amostra .....	28
3.2. Perceção dos trabalhadores relativamente ao seu processo de diagnóstico de doença profissional musculoesquelética.....	30
4. Discussão .....	42
4.1. Limitações do estudo .....	46
4.2. Implicações para a prática clínica e investigação .....	46
5. Conclusões.....	47
6. Bibliografia .....	48
Anexos .....	56
1. Parecer da Comissão de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro .....	56
2. Caderno de instrumentos .....	61
<b>Apêndice 1.</b> Análise de conteúdo das entrevistas .....	70

## 1. Enquadramento

### 1.1. Dor crónica: definição, prevalência e impacto na população geral

A sensação de dor é importante para a sobrevivência e a sua definição e experiência são subjetivas (J. A. Silva & Ribeiro-Filho, 2011). O conceito de dor pode ser definido como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (International Association for the Study of Pain Terminology Working Group, 2020). A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada em vários graus por fatores biológicos, psicológicos e sociais (International Association for the Study of Pain Terminology Working Group, 2020) e que envolve não só um componente sensorial, mas também uma componente emocional (Cotter et al., 2017). Por meio das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor (International Association for the Study of Pain Terminology Working Group, 2020) e este inclui características sensoriais, motivacionais e cognitivas, e muitas vezes, sequelas emocionais (J. A. Silva & Ribeiro-Filho, 2011). Por este motivo, o relato de uma pessoa sobre a sua experiência de dor é único e deve ser respeitado (Chapman & Vierck, 2016).

A dor pode ser classificada quanto à sua duração, como dor aguda, ou seja, de início recente e que resulta de uma lesão, ou disfunção do organismo, e que é muitas vezes fundamental para o diagnóstico da patologia que lhe deu origem; ou como dor crónica, que é uma dor com duração igual ou superior a três meses e que se considera que persiste para além do tempo de cicatrização normal dos tecidos (Domenichiello & Ramsden, 2019). A dor crónica não tem valor biológico, na medida em que a sua função protetora já foi ultrapassada e é agora desajustada. Acrescenta-se ainda que esta classificação indica o tempo, mas não a complexidade mecânica da dor crónica (Morlion et al., 2018).

A complexidade da dor crónica leva-a para uma categorização específica, isto é, uma condição multifatorial de interações complexas entre a componente estrutural e anatómica, física, psicossocial, de estilo de vida entre outros fatores de saúde individuais e de aprendizagem e experiências (Caneiro et al., 2021; Chapman & Vierck, 2016). Esta relação dinâmica contempla alterações físicas e estruturais, conjugadas com o contexto psicológico e social, assim como com predisposições prévias para incapacidade e desajuste emocional (Dionísio et al., 2020; Lamé et al., 2004). A dor crónica deve ser vista através de um olhar biopsicossocial: por um lado, podem existir fatores genéticos e biológicos que promovem as respostas de dor, no entanto, a sua interpretação é influenciada por processos de aprendizagem, crenças e fatores contextuais (Caneiro et al., 2021; Chapman & Vierck, 2016).

Os fatores psicossociais têm um papel central na atribuição de significado à dor e no comportamento associado (Dionísio et al., 2020). O modelo do medo-evitamento é um dos mais conhecidos e descreve o efeito cíclico da experiência da dor e a sua cronicidade. É caracterizado por uma sensação de desamparo e dependência de outros, incluindo a catastrofização (este pode

ser um fator independente), por foco constante no estímulo doloroso e na sua experiência, crenças de evitamento e comportamentos desajustados (Dinapoli et al., 2016; Linton & Shaw, 2011).

Os comportamentos de medo-evitamento, ou seja, comportamentos que evitem o movimento ou comportamento que provoca dor, promovem desuso das estruturas, incapacidade e contribuem para agravar possíveis estados depressivos e/ou de ansiedade (Lamé et al., 2004; Mills et al., 2019). Outro fenómeno comum à dor crónica, é o da sensibilização central, no qual se julga que um quadro de dor contribui para a permanência de sintomatologia dolorosa, com intensidade desproporcional relativamente à extensão da lesão, ou na ausência de uma lesão tecidual identificável (Clark et al., 2019).

Estima-se que, globalmente, um em cada cinco adultos sofra de algum tipo de dor e, todos os anos, um em cada dez adultos são diagnosticados com dor crónica (Goldberg & McGee, 2011), afetando cerca de 1.9 biliões de pessoas mundialmente (Antunes et al., 2021). Em Portugal, a prevalência média da dor crónica é de cerca de 37%, afetando mais a população feminina, mais envelhecida, pessoas com baixo nível educacional e baixo estatuto ocupacional (situações de desemprego e/ou precárias) (Azevedo et al., 2012). Valores semelhantes foram obtidos num estudo que analisou a prevalência de dor nos utentes que se dirigiram a uma unidade de saúde primária em Portugal e que refere uma prevalência de dor crónica de 33.6%, afetando, sobretudo, mulheres e pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Antunes et al., 2021). Também a ruralidade, um baixo nível de educação, estar desempregado ou em situação de instabilidade ocupacional e o *stress* mental e físico no trabalho são referidos como fatores de risco para a dor crónica (Goldberg & McGee, 2011; Mills et al., 2019).

A dor tem também um impacto significativo na sociedade e no indivíduo estando associada a limitações na atividade e restrições da participação (Blyth et al., 2019; Mills et al., 2019). Segundo o estudo *Global Burden of Disease* de 2017, a principal causa de anos vividos com incapacidade nos países mais desenvolvidos é a dor lombar crónica, seguida de episódios de enxaquecas e, em terceiro lugar, a depressão (*Global Burden of Disease Study*, 2017). A dor crónica está associada a taxas baixas de participação laboral e elevada taxa de desemprego (Kerr et al., 2004). Outros estudos enfatizam o impacto da dor crónica na disrupção social, isolamento, depressão, ansiedade, insegurança financeira e familiar, e pensamentos suicidas (Antunes et al., 2021; L. Azevedo et al., 2012).

## 1.2. Fatores de risco para desenvolvimento de dor crónica em contexto laboral

O risco de desenvolver dor crónica musculoesquelética aumenta, geralmente, com a presença de um conjunto de fatores de risco que Mills et al., (2019) classifica em quatro categorias: a) sociodemográficos, b) estilo de vida e comportamentos, c) clínicos e d) outros (relacionadas com

atitudes e crenças) (Mills et al., 2019). Outros autores sugerem também a inclusão da categoria ocupacional (Nieminen et al., 2021; Stevans et al., 2021; Ye et al., 2017).

Na categoria dos fatores sociodemográficos associados a maior risco de dor crónica, estão a idade (o risco é tanto mais elevado quanto maior é a faixa etária), ser do sexo feminino, pertencer a um nível socioeconómico desfavorável (Dahlhamer et al., 2018), ter baixos níveis de escolaridade, e ordenados reduzidos (L. Azevedo et al., 2012; Kindler et al., 2010; Mills et al., 2019).

O estilo de vida é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de dor crónica, quando este inclui um ou mais dos seguintes comportamentos: fumar, consumir álcool, baixos níveis de atividade física, nutrição pouco adequada e défice de vitamina D (Mills et al., 2019).

De entre os fatores de risco clínicos, encontram-se episódios anteriores de dor ou fenómenos de polialgia (presença de dor em vários locais) (Kääriä et al., 2012; Mills et al., 2019). Cirurgias anteriores são, também, um fator de risco para o desenvolvimento de dor crónica (Fregoso et al., 2019; Halicka et al., 2022; Varallo et al., 2022), bem como a presença de comorbilidades, como por exemplo, neoplasias e condições neurológicas, condições cardiorrespiratórias, entre outras (Mills et al., 2019). A obesidade e alterações dos padrões de sono, também estão associadas a maior prevalência de dor crónica (Mills et al., 2019; Varallo et al., 2022). A presença de depressão, ansiedade, ou baixa capacidade de *coping* aumentam o risco de dor crónica (Nieminen et al., 2021; Stevans et al., 2021; Ye et al., 2017). O mesmo se aplica ao trauma emocional ou trauma físico na infância, condições que aumentam o risco de dor crónica em adulto (Kindler et al., 2010; Mills et al., 2019)

As crenças e atitudes são dos aspetos mais relevantes para o desenvolvimento de dor crónica (Bonfim et al., 2021; Sugano et al., 2020). Estas crenças relacionadas com a dor surgem, por vezes, de estratégias adaptativas de proteção de uma lesão aguda, que se mantêm numa situação crónica, resultando, frequentemente, em medo de movimento, aumento da incapacidade e da intensidade dos sintomas (Caneiro et al., 2021; Orhan et al., 2018). As crenças de medo-evitamento representam processos cognitivos e emocionais associados ao potencial de provocar/aumentar a dor ao realizar atividades físicas (Rainville et al., 2011). Crenças excessivas de medo-evitamento levam à incapacidade e representam um obstáculo para a reabilitação (Rainville et al., 2011). O processo de medo-evitamento deriva de esquemas cognitivos/emocionais, e também de crenças baseadas na falta de informação acerca dos motivos para os processos degenerativos dos tecidos e da importância da dor (Rainville et al., 2011). Sabe-se que pessoas que adotam estratégias passivas como repouso, necessitam de três vezes mais consultas médicas e têm o dobro do nível de incapacidade, comparativamente aqueles que adotam estratégias ativas (Mills et al., 2019). O medo-evitamento, pode também derivar do fenómeno de catastrofização da dor. Esta é um processo cognitivo que afeta as perceções, expectativas, experiências e memórias exagerando o valor de ameaça da dor crónica (Darnall et al., 2017; Orhan et al., 2018). A presença

de catastrofização da dor num indivíduo está associada a um prognóstico mais reservado relativamente aos resultados de uma intervenção (Caneiro et al., 2021; Darnall et al., 2017).

As pessoas com dor crónica musculoesquelética também associam o prolongamento dos sintomas dolorosos à execução das atividades laborais e ocupacionais, nomeadamente os movimentos repetitivos e posturas estáticas mantidas (Bonfim et al., 2021). Os fatores de risco ocupacionais podem ser divididos em duas subcategorias, uma relacionada com as tarefas realizadas durante a jornada de trabalho (trabalho real) e outra sobre a organização ocupacional (Tchir & Szafron, 2020; Vinstrup et al., 2021). Pessoas que realizam tarefas fisicamente exigentes como carregar cargas pesadas no trabalho e/ou trabalhar em posições desconfortáveis, têm maior probabilidade de desenvolver dor e apresentam maiores níveis de *stress* do que grupos ocupacionais mais sedentários, como por exemplo os que realizam trabalho administrativo (Vinstrup et al., 2021). No entanto, o *stress* pode não ser uma variável exclusiva dos grupos ocupacionais com tarefas fisicamente mais exigentes. Um estudo que analisou 765 pessoas que trabalhavam num escritório, concluiu que metade da amostra estudada sofria de dor lombar crónica e de *stress*, e que estes eram também os principais problemas reportados como tendo maior impacto na vida dos trabalhadores (Tchir & Szafron, 2020). Assim, o fator *stress* talvez derive de uma questão mais organizacional, como trabalhar num ambiente stressante, horários de trabalho extensas e baixos níveis de apoio no local de trabalho (Nieminen et al., 2021; Stevans et al., 2021; Ye et al., 2017). Outras características ocupacionais como o baixo controlo sobre o trabalho, expectativas de retorno ao trabalho (incluindo medo de regressar à tarefa devido a uma lesão recorrente), falta de autonomia no trabalho, ou a capacidade de modificar o trabalho e a satisfação no trabalho são fatores de risco ocupacionais para dor crónica (Mills et al., 2019).

Em suma, cada trabalhador (pessoa individual) representa uma conjugação única de fatores que o tornará mais ou menos propenso ao desenvolvimento de dor crónica (Kroenke et al., 2011; Shaygan & Yazdanpanah, 2020). O conhecimento dos fatores de risco permite compreender a complexidade das interações, e assim desenvolver uma abordagem individualizada e otimizada (Mills et al., 2019).

### 1.3. Impacto da dor crónica nos trabalhadores e nas empresas

Dados do contexto Europeu indicam que um em cada quatro trabalhadores refere que a dor teve impacto no seu contexto ocupacional: 19% referiu ter perdido o emprego, 16% ter alterado as tarefas laborais e 13% ter de mudar de emprego (Langley et al., 2010). Neste estudo, os trabalhadores avaliados reportaram uma média de 7,8 dias de baixa devido à dor nos últimos 6 meses e daqueles que reportaram dor no último mês, apenas 34,9% conseguiu trabalhar a tempo inteiro (Langley et al., 2010). Estes dados representam uma perda financeira substancial por parte das indústrias, dos orçamentos da segurança social e das pessoas com dor e respetivas famílias (Langley et al., 2010).

Em Portugal, no ano de 2020 o absentismo teve um impacto de 1,8 mil milhões de euros nas empresas (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020). Paralelamente ao absentismo, importa referir, também, o presenteísmo, isto é, um funcionário comparece no local de trabalho, mesmo estando doente, não cumprindo a totalidade das suas tarefas e/ ou não as executando adequadamente (Imai et al., 2021) Acredita-se que este fenómeno tenha um impacto económico nas empresas superior ao do absentismo (faltar ao trabalho), e constitui um fator de risco para absentismo futuro (Imai et al., 2021). Em Portugal, o presenteísmo teve um custo de 3,5 mil milhões de euros, registando-se assim uma perda total de produtividade de 5,3 mil milhões nesse ano (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020).

É, também, relevante analisar que, gradualmente, ocorre o envelhecimento da população trabalhadora nos países mais desenvolvidos (McParland et al., 2021), o que não só está associado a maiores percentagens de compensações por lesão, ou doença profissional (DP), como também a menores percentagens de regresso ao trabalho após lesão (Macpherson et al., 2018) com implicações para os próprios e para as empresas.

Sabe-se, ainda, que a dor crónica interfere com a situação económica das pessoas com dor, devido ao número elevado de baixas médicas prolongadas e perda de produtividade no trabalho, com cerca de 49% a referir que a dor dificulta as suas atividades ocupacionais (Azevedo et al., 2012), e a capacidade de se manterem ativos no mercado de trabalho, ou de mudarem de trabalho, levando também a um sentimento de insatisfação geral (Antunes et al., 2021).

O impacto profissional pode, também, manifestar-se ao nível do regresso ao trabalho, quer por incapacidade temporária ou permanente, quer por perda de gosto ou confiança na capacidade de executar as tarefas ocupacionais (Garcia et al., 2013; Grant et al., 2019; Sousa et al., 2005). Ocorrem simultaneamente processos cognitivos de desinteresse em atividades que promovam o bem-estar e o processo de reabilitação, baixa perceção de autoeficácia e baixa autoestima, fadiga crónica, preocupação com a reincidência da dor/lesão ao realizar as tarefas laborais, culpa e medo do estigma após a baixa médica prolongada (Jones et al., 2021)

Do ponto de vista psicológico, o trabalho promove diferentes graus de motivação e satisfação, principalmente, quanto à forma e ao meio no qual se desempenha a tarefa (Sousa et al., 2005). A ansiedade e depressão são duas condições descritas como fatores de risco para o desenvolvimento de incapacidade para o trabalho e estão presentes na maioria das situações de dor crónica (Dionísio et al., 2020; Lamé et al., 2004). Estes quadros psicológicos têm impacto no retorno ao trabalho após lesão musculoesquelética e estão associados a sintomatologia mais intensa (Grant et al., 2019; Kerr et al., 2004). Existem diversos fatores precipitantes de ansiedade nas lesões físicas decorrentes do trabalho. Um dos estímulos mais significativos para os trabalhadores que sofreram uma lesão inclui a incerteza sobre a extensão da sua recuperação física e a apreensão sobre o seu futuro vocacional e financeiro (Sousa et al., 2005). Nesta perspetiva, sendo o trabalho uma fonte de realização para o indivíduo, os impactos a nível profissional são tanto

mais marcantes para o indivíduo quanto mais a sua realização pessoal depender da realização profissional (Sousa et al., 2005).

A DP tal como a dor crónica, pode ter impacto a vários níveis, nomeadamente na perda de rendimento (por baixa médica devida a incapacidade temporária para o trabalho, por exemplo), dor, sofrimento, alterações na dinâmica profissional, social e familiar (Dahlhamer et al., 2018; Sousa et al., 2005). As reações de uma pessoa a uma lesão ocorrida no trabalho, ou a um problema de saúde relacionado com o trabalho, variam muito, mas são semelhantes às reações das pessoas com condições de dor de origem musculoesquelética (Grant et al., 2019; Sousa et al., 2005). Alguns indivíduos experienciam ainda sentimento de culpa pelo acidente/DP, e cedem à dor e sofrimento, outros ainda isolam-se dos amigos, familiares e colegas (Nielsen et al., 2022; Sousa et al., 2005)

#### 1.4. Doença profissional

O conceito de DP integra um diagnóstico complexo e específico da área de saúde ocupacional, e significa toda a doença contraída pelo trabalhador na sequência da exposição a um ou mais fatores de risco presentes na atividade profissional, nas condições de trabalho e/ou nas técnicas usadas durante o trabalho (Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de maio revisto pelo Decreto Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de julho). Este decreto, inclui a “Lista das Doenças Profissionais” dividida por 5 capítulos distintos: i) doenças provocadas por agentes químicos; ii) doenças do aparelho respiratório; iii) doenças cutâneas e outras; iv) doenças provocadas por agentes físicos; e v) doenças infecciosas e parasitárias. Neste compêndio estão, ainda, descritos os tempos de exposição mínimos para a validação da DP (artigo 283.º da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro – Código do Trabalho).

A dor pode estar presente em qualquer uma das patologias que compõem a “Lista das Doenças Profissionais”. No entanto, é um sintoma mais comum no âmbito das patologias do foro musculoesquelético, incluídas no capítulo quarto “doenças provocadas por agentes físicos”, particularmente os códigos 45.01 até 45.04, inclusive. Estas são as doenças provocadas pela exposição a um ou mais dos seguintes fatores de risco: a) vibrações mecânicas (transmitidas ao membro superior por máquinas, ferramentas e outros equipamentos), b) vibrações mecânicas de baixa e média frequências transmitidas ao corpo inteiro, c) pressão sobre bolsas sinoviais, devida à posição ou atitude de trabalho, d) sobrecarga sobre bainhas tendinosas, tecidos peritendinosos, inserções tendinosas ou musculares, devida ao ritmo dos movimentos, à força aplicada e à posição ou atitude de trabalho, e) pressão sobre nervos ou plexos nervosos devida à força aplicada, posição, ritmo, atitude de trabalho ou à utilização de utensílios ou ferramentas e f) pressão sobre a cartilagem intra-articular do joelho devido à posição de trabalho.

De salientar que qualquer lesão corporal, perturbação funcional ou doença não incluída na “Lista das Doenças Profissionais” que se prove ser consequência, necessária e direta, da atividade



profissional exercida pelo trabalhador e não represente o normal desgaste do organismo é, também, considerada DP (artigo 283.º da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, Código do Trabalho).

A DP não deve ser confundida com acidente de trabalho. De acordo com o disposto na alínea f) do n.º 1 do artigo 59.º da Constituição da República Portuguesa, todos os trabalhadores têm direito a assistência e justa reparação, quando vítimas de acidente de trabalho ou de DP (Decreto Lei Nº 99/2003 de 27 de Agosto de 2003, Artigo 59.º - Direitos Dos Trabalhadores, 2003). É acidente de trabalho aquele que se verifique no local (todo o lugar em que o trabalhador se encontra ou deva dirigir-se em virtude do seu trabalho e em que esteja, direta ou indiretamente, sujeito ao controlo do empregador) e no tempo de trabalho (além do período normal de trabalho o que precede o seu início, em atos de preparação ou com ele relacionados, e o que se lhe segue, em atos também com ele relacionados, e ainda as interrupções normais ou forçadas de trabalho) e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte (Decreto Lei Nº.98/2009 de 4 de Setembro, Seção II “Delimitação Do Acidente de Trabalho”, Artigo 8º, 2009).

Segundo o relatório da Atividade de Inspeção do Trabalho da Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT), em 2019, registou-se um aumento do número de participações de doenças profissionais em 143,2% comparativamente a 2018, com uma tendência de crescimento desde 2017 (Autoridade para as Condições do trabalho, 2020). Foram reconhecidas, no total, 5740 doenças profissionais (valor 77.0% superior ao do ano de 2018), das quais 67,3% associadas a incapacidade (Autoridade para as Condições do trabalho, 2020).

Em termos de caracterização da população com DP, a tendência é uma maior percentagem de pessoas do sexo feminino e com idade entre os 50 e os 54 anos, apesar da faixa etária variar entre os 20 e os 70 anos, notando-se que já existem casos declarados de DP em adultos jovens (Autoridade para as Condições do trabalho, 2020). A atividade económica com maior número de DP reconhecidas é a que se enquadra no Classificação de Atividade Económica (CAE) das “Indústrias transformadoras” (ACT - Autoridade para as Condições do trabalho, 2020). As afeções musculoesqueléticas corresponderam a 85,3% das DP reconhecidas em 2019 (4667 doenças profissionais associadas a afeções musculoesqueléticas), seguindo-se as perturbações neurológicas (7,86%), perturbações de audição (3,62%) e perturbações pulmonares (1,96%). (Autoridade para as Condições do trabalho, 2020).

No processo de declaração e aprovação da DP, ocorre uma validação dos sinais e sintomas, mais frequentemente de dor, ou seja, uma validação da experiência de dor por parte de uma avaliação médico-legal. Na qual, pode ou não ser atribuída uma incapacidade (Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais, 2008). Segundo o decreto-Lei nº352/2007, de 23 de outubro, a avaliação médico-legal do dano corporal constitui uma matéria de grande complexidade, dado que esta decorre de fatores diversos, nomeadamente, da dificuldade na interpretação das sequelas, da subjetividade dos sintomas, assim como das reações psicológicas aos traumatismos,

entre outros aspetos a considerar. As tabelas de avaliação de incapacidade destinam-se a proteger os trabalhadores no domínio das suas atividades laborais, assim como na reparação do dano do Direito Civil (incapacidade permanente geral, ou seja, incapacidade para os atos e gestos correntes no dia-a-dia) (Decreto-Lei nº352/2007, Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais, 2008). Por forma a guiar as avaliações médico-legais, nas instruções gerais para a aplicação das tabelas de avaliação de incapacidade, pode ler-se no ponto 3 - Cada dano corporal ou incapacidade funcional, corresponde a um coeficiente expresso em percentagem, que traduz a proporção da perda da capacidade de trabalho resultante da disfunção; e no ponto 13 - A fim de permitir o maior rigor na avaliação das incapacidades resultantes de acidente de trabalho e DP, a garantia dos direitos das vítimas e a apreciação jurisdicional, o processo constituído para esse efeito deve conter obrigatoriamente os seguintes elementos: a) inquérito profissional, nomeadamente para efeito de história profissional; b) análise do posto de trabalho, com caracterização dos riscos profissionais e sua quantificação, sempre que tecnicamente possível (para concretizar e quantificar o agente causal de AT ou DP); c) história clínica, com referência obrigatória aos antecedentes médico-cirúrgicos relevantes; e d) exames complementares de diagnóstico apropriados (Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais, 2008).

## 1.5. Doença profissional e dor crónica: processo de reabilitação

### 1.5.1. Processo de reabilitação centrado na pessoa

A DP musculoesquelética, como referido anteriormente, está associada a dor crónica, de maior ou menor intensidade (Sousa et al., 2005). O processo de reabilitação da pessoa com dor crónica associada à DP é multifacetado e envolve não só a recuperação física das estruturas (pode ser considerada a cicatrização tecidual), mas também da componente do “eu” (*self*), ou seja, para uma reabilitação de sucesso, é necessário colocar a pessoa no centro do seu próprio processo de recuperação (Rosenberg et al., 2020; Svanholm et al., 2020). Qualquer processo de doença constitui uma ameaça à componente psicológica do “eu” (*self*), e foi verificado que se a pessoa estiver investida no seu processo de reabilitação manterá a sua integridade do “eu” (*self*), o sentido de coesão interna, a responsabilidade e espírito crítico que potencia a reabilitação (Rosenberg et al., 2020). Por outras palavras, o processo de reabilitação deve incluir uma análise do conceito de autoeficácia da pessoa, quais as suas estratégias adaptativas no momento e qual o seu nível de controlo percebido em relação à sua condição clínica e à sua gestão (Caneiro et al., 2021; Orhan et al., 2018).

As estratégias de *coping* são consideradas esforços intencionais que as pessoas usam para lidar com stressores, como é exemplo a dor. Este processo de *coping* pode ser também interpretado como uma expressão pessoal e social do indivíduo (El-Shormilisy et al., 2015). É, por isso, necessário compreender as diferentes fases do desenvolvimento das crenças das pessoas com dor

musculoesquelética que, de acordo com o “Modelo de Senso Comum”, quando experienciam um sintoma doloroso irão formar uma representação cognitiva do mesmo (Caneiro et al., 2021). Esta representação inclui 1) identificação da dor (de onde vem), 2) causas para a dor (porque surgiu), 3) que consequências tem esta dor, 4) quanta da dor é possível controlar/gerir e 5) durante quanto tempo irá durar (Caneiro et al., 2021). O fenómeno de hiper-vigilância relativamente ao local de dor e aos movimentos (como ocorre por exemplo no medo-evitamento), aumenta o nível de catastrofização, stress, incapacidade e intensidade da dor percebida (Dance et al., 2017). Assim, no processo de reabilitação, é fundamental descrever e confrontar os construtos cognitivos e métodos de *coping* que o indivíduo desenvolveu, tendo em conta o papel que desempenha nas suas diferentes dimensões – pessoal, familiar e laboral. Por exemplo, estes papéis são diferentes consoante o sexo ou a idade. Socialmente, ainda se espera que a mulher participe no papel de trabalhadora, cuidadora familiar e social, enquanto o homem representa maioritariamente um papel mais preponderante na componente laboral (Bergström et al., 1999; El-Shormilisy et al., 2015). Os adultos mais velhos são propensos a utilizar um número de estratégias de coping mais reduzido do que os jovens adultos e estratégias mais focadas na emoção e menos na cognição (Dinapoli et al., 2016). Quanto maior o tempo de experiência de dor, maior o nível de incapacidade e mais enraizadas estarão as estratégias mal adaptativas (El-Shormilisy et al., 2015; Sullivan et al., 2008). O conhecimento dos construtos cognitivos, ou crenças do utente permite ao profissional desenvolver um raciocínio de análise dos diferentes contextos e papéis em que o indivíduo terá desenvolvido estratégias mal adaptativas (Bergström et al., 1999; El-Shormilisy et al., 2015).

No modelo biopsicossocial na abordagem da Fisioterapia, por exemplo, é necessário referir a importância da relação terapêutica “fisioterapeuta-utente”, que é um dos fatores que interfere na qualidade dos resultados da intervenção e (Morera-Balaguer et al., 2023; Svanholm et al., 2020). Sabe-se que as características do espaço, do formato da organização e coordenação do serviço de Fisioterapia, a capacidade de comunicação empática e de motivação do fisioterapeuta, entre outros, têm impacto direto na relação terapêutica (Morera-Balaguer et al., 2023; Oyake et al., 2023). Contudo, são poucos os estudos que abordam estas questões na primeira pessoa, ouvindo os indivíduos que precisam de fisioterapia.

Os profissionais de saúde podem influenciar negativamente as crenças das pessoas com dor crónica musculoesquelética (Darlow et al., 2013). Quando a informação é transmitida numa perspetiva puramente biomédica, as pessoas tendem a interpretar a dor como o resultado de uma, ou mais, alterações nas estruturas e funções corporais decorrentes do mau funcionamento do corpo e como um indicador de que o “corpo está gasto”, ou determinadas regiões do corpo necessitam de ser “arranjadas”, ou “curadas” (Câmara et al., 2012; Caneiro et al., 2021). Mais, as pessoas com dor crónica têm a percepção de que as alterações estruturais visíveis nos exames imagiológicos têm uma associação lógica com os seus sintomas e que quantas mais alterações estruturais forem visíveis, mais validade tem a sua experiência de dor de longa duração (Bonfim et al., 2021; King et al., 2018). Contudo, em muitas condições não é possível encontrar uma causa para a dor. Por exemplo, em

80% das dores lombares não é possível identificar uma causa (denominadas lombalgias inespecíficas) e os achados dos exames complementares são comuns a indivíduos com queixas e sem queixas de dor (Martins, 2006). Quando um profissional de saúde comunica ao utente que este deve proteger determinada articulação, está na verdade a consolidar a crença da pessoa de que a sua articulação necessita de reforço pois está vulnerável, e isto pode contribuir para maior preocupação por parte do utente, assim como levar à adoção de estratégias mal adaptativas e vigilância exagerada, frustração e sentimentos de culpa (Darlow et al., 2013; Setchell et al., 2017), iniciando um ciclo de cronificação dos sintomas (Setchell et al., 2017).

No caso da DP, a emissão da declaração e respetiva percentagem de incapacidade podem reforçar crenças (dos trabalhadores) relacionadas não só com a sua diminuição de capacidade para exercer tarefas laborais, mas também com a redução da sua perceção de autoeficácia, atuando como facilitadora da cronificação da dor (Salvetti & Pimenta, 2007; Svanholm et al., 2020). Contudo, o impacto da forma como é transmitida a informação também demonstra a capacidade de integração de novas crenças, e que estas são moldáveis, porque as pessoas consideram os profissionais de saúde como fontes de informação válida (Evers et al., 2017; Stewart & Loftus, 2018).

Caneiro et al., (2021) recomendam que a avaliação inicial do utente seja feita através de uma entrevista centrada na pessoa, em que faseadamente, são descritos os tópicos: 1) representação que a pessoa faz dos seus sintomas, 2) comportamentos/evitamentos em resposta aos sintomas e 3) resposta emocional aos sintomas (Caneiro et al., 2021). Seguidamente, esta informação é utilizada para a exposição gradual da pessoa ao movimento, com uma evolução lógica que se inicia com a identificação das posturas/movimentos específicos que são referidos como “a evitar” ou “que provocam dor”, questões acerca das crenças relacionadas com tarefas/movimentos, e reflexão da pessoa acerca do seu comportamento durante a exposição (muitas vezes os comportamentos das pessoas não são conscientes) (Caneiro et al., 2021). Este método proporciona uma nova representação cognitiva, que permite uma explicação para a dor e incentiva à atividade da vida pessoal e laboral, logo à capacitação da pessoa (Caneiro et al., 2021; Shepherd et al., 2020)

A abordagem bio-psico-social descrita no parágrafo anterior não é um conceito novo, dado que a Organização Mundial de Saúde publicou há vinte anos, uma diretriz para a gestão da doença crónica focada na pessoa, com ênfase nas necessidades da população e na prevenção, mais ativa e planeada (Organização Mundial de Saúde, 2003). No entanto, a sua aplicação prática ainda não se verifica na maioria das abordagens clínicas e terapêuticas no âmbito da dor (Antunes et al., 2021).

Uma abordagem bio-psico-social tem por base o conceito de individualização do serviço de saúde através de uma equipa multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e segurança e saúde no trabalho) de forma a encontrar estratégias de intervenção alinhadas com o objetivo comum de aumentar a participação da pessoa (Morera-Balaguer et al., 2023; Nielsen et al., 2022; Waddell, 2006). Esta abordagem preza pelo respeito pela pessoa enquanto indivíduo com autonomia, incluindo para isso a educação para a saúde, apresentação de

opções e negociação com a mesma (Morera-Balaguer et al., 2023; Waddell, 2006). Recomenda-se também a diminuição do ênfase em negar sensações menos agradáveis, ou evitar “determinados pensamentos catastrofistas” e substituí-lo por aceitação dos pensamentos, sensações e sentimentos que despertam quando se sente dor, a aceitação como um mediador que evita a frustração, o catastrofismo e a fixação em padrões de pensamento (Dance et al., 2017).

Torna-se pertinente determinar em que componentes da vida das pessoas é que a dor e a incapacidade interferem, e de que forma se interligam, dado que os números indicam um aumento da quantidade de trabalhadores ativos com algum tipo de diagnóstico clínico e/ou incapacidade. No entanto pouco se sabe sobre a sua perceção e o impacto real da DP nas suas vidas.

#### **1.6. Objetivo do estudo**

O objetivo do presente estudo é caracterizar o processo de diagnóstico de DP musculoesquelética na perspetiva dos trabalhadores e identificar as suas crenças, estratégias de adaptação, preocupações e necessidades em termos de cuidados de saúde em geral e fisioterapia em particular.

## **2. MÉTODOS**

Este capítulo trata detalhadamente as considerações éticas, o desenho do estudo, os procedimentos utilizados (participantes e recrutamento, instrumentos de avaliação utilizados e entrevista) e a análise de dados.

### **2.1. Considerações éticas**

O estudo obteve o parecer positivo do Encarregado de Proteção de Dados da Universidade de Aveiro e do Conselho de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro a 22 de Novembro de 2022 com o código de parecer 69-CED/2022.

### **2.2. Tipo de estudo**

Este é um estudo de metodologia mista com recurso a entrevistas individuais semi-estruturadas. Este estudo foi desenvolvido segundo os *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (O'Brien et al., 2014; Tong et al., 2007).

### **2.3. Participantes: recrutamento e critérios de elegibilidade**

Os participantes foram recrutados de entre os trabalhadores de uma empresa de componentes sanitários, à qual foi solicitada antecipadamente autorização para divulgação do estudo aos seus trabalhadores, permitindo a divulgação ampla do estudo sob o formato de cartaz e flyer, contendo o email e o telemóvel para que os interessados pudessem contactar a investigadora Inês Diogo.

Uma amostra intencional é por definição uma amostra homogénea, no sentido em que tem um elemento *core* comum, que é a escolha dos participantes de acordo com a sua relevância particular para o estudo. (Guest et al., 2006) Contudo, nessa homogeneidade há a necessidade de trazer diferentes contribuições e visões sobre a problemática em análise (Palinkas et al., 2015). Assim, pretendeu-se recrutar participantes com DP declarada, de sexos, idades e níveis de escolaridade diferentes, de forma que existisse máxima variação de informação dentro do grupo amostral.

Quanto ao tamanho da amostra, foi decidido em função da saturação da informação (saturação teórica) (Hennink & Kaiser, 2022). As recomendações indicam que para uma amostra composta por elementos homogéneos a saturação das informações pode ocorrer entre a 9<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup> entrevista, sendo que uma média de 12 entrevistas parece ser suficiente para encontrar saturação teórica (Guest et al., 2006; Hennink & Kaiser, 2022).

Foram elegíveis para participar no estudo, todos os participantes: i) com mais de 18 anos de idade que possuíam DP do foro musculoesquelético, declarada pelo Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais (DPRP) ii) fossem trabalhadores ativos, iii) apresentassem sintomatologia dolorosa ativa há mais de 12 semanas e iv) fossem falantes da língua portuguesa.

Foram excluídos do estudo os indivíduos que i) tinham incapacidade reconhecida devido a acidentes de trabalho (acidente de trabalho é um conceito distinto de DP no sentido em que não representa exposição contínua e prolongada a um determinado fator de risco, mas sim uma lesão que decorre num determinado momento da jornada de trabalho), cirurgia recente (últimos 6 meses), e ii) fossem portadores de patologia neurológica (central), oncológica, reumatológica, ou doença psiquiátrica.

#### **2.4. Procedimentos e instrumentos para caracterização da amostra**

Foram recolhidos dados de âmbito sociodemográfico (idade, género e grau de escolaridade), assim como sobre a DP do participante através de um questionário construído para o efeito e que se apresenta no caderno de instrumentos (anexo 1. caderno de instrumentos). O questionário foi administrado online para alguns participantes e presencialmente para outros que o solicitaram devido a dificuldades no uso das tecnologias. Foram, ainda, recolhidos dados referentes à dor, incapacidade, sintomas de sensibilização central, ansiedade e depressão, e catastrofização com recurso a instrumentos validados para Português Europeu que a seguir se discriminam:

- Inventário Reduzido da Dor

Este instrumento permite avaliar a severidade da dor e a interferência funcional associada. Contém um item para a localização da dor através da indicação das áreas de dor num *body chart*, uma escala de severidade da dor constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10), e uma escala de interferência funcional. Esta é constituída por sete itens com escalas numéricas de classificação tipo Likert (0 a 10) que avaliam a interferência da dor nas atividades diárias, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver. (L. Azevedo et al., 2008). O cálculo da subescala de severidade é feito através da média dos quatro itens, e o cálculo da subescala de interferência é a média dos sete itens que a compõe (Jelsness-Jørgensen et al., 2016).

A escala apresenta excelentes propriedades psicométricas, na componente de severidade, com uma consistência interna ( $\alpha$  Cronbach) de 0.99 e fiabilidade teste-reteste (Coeficiente de correlação intraclassa, ICC) de 0.88, e na componente de interferência da dor com uma consistência interna ( $\alpha$  Cronbach) de 0.84 e fiabilidade teste-reteste (ICC) de 0.84 (L. Azevedo et al., 2008).

- Inventário de Sensibilização Central

O Inventário de Sensibilização Central (CSI) avalia e quantifica o grau de queixas somáticas e emocionais associadas à dor e é composto por duas partes (parte A e B). A parte A apresenta 25 itens com opções de resposta de “nunca” (0), “raramente” (1), “às vezes” (2), “frequentemente” (3), e “sempre” (4) e está relacionada com sintomas comuns de sensibilização central. A pontuação total varia entre 0 e 100, e pontuações mais altas indicam a presença de mais sintomas de sensibilização central. A pontuação pode, também, indicar níveis de severidade: i) sub-clínico de 0 a 29 pontos; ii) leve de 30 a 39 pontos; iii) moderado de 40 a 49 pontos; iv) grave de 50 a 59 pontos; e v) extremo de 60 a 100 pontos). A segunda parte, não apresenta pontuação, questiona o indivíduo sobre sete

possíveis diagnósticos que lhe tenham sido atribuídos (Mayer et al., 2012; Neblett et al., 2013) e não foi utilizada neste estudo. A versão portuguesa do instrumento apresenta elevada fiabilidade e validade (fiabilidade teste-reteste = 0.94; alfa de Cronbach = 0.91) (Andias & Silva, 2020).

- Escala de Ansiedade e Depressão de 21 itens (EADS – 21)

É um instrumento de autopreenchimento relacionado com as perturbações psicológicas depressivas, ansiosas e de stress. Esta escala organiza-se em três subescalas, 1) depressão; 2) ansiedade; e 3) Stress (Pais-Ribeiro et al., 2004). Cada subescala é constituída por sete itens, perfazendo um total de 21 itens. Cada item consiste numa afirmação que remete a sintomas emocionais negativos, e é solicitado ao sujeito que responda, referente à semana anterior, se experienciou esse sintoma numa escala de Likert (0 a 4 pontos), desde “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Os resultados são determinados pela soma dos sete itens de cada subescala e valores mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004). Este instrumento apresenta uma consistência interna ( $\alpha$  Cronbach) de 0.85 para a subescala de depressão, 0.74 para a subescala de ansiedade e 0.81 para a subescala de stress (Pais-Ribeiro et al., 2004).

- Escala de Catastrofização da Dor

É um questionário que analisa o conjunto de pensamentos e percepções negativas associadas à experiência da dor ou da sua antecipação. Apresenta 13 itens de autopreenchimento, acerca de três dimensões: i) componente de ruminação (itens 8, 9, 10 e 11), com uma consistência interna ( $\alpha$  Cronbach) de 0.80 e fiabilidade teste-reteste (ICC) de 0.82; ii) componente de magnificação (itens 6, 7 e 13), com uma consistência interna ( $\alpha$  Cronbach) de 0.79 e fiabilidade teste-reteste (ICC) de 0.77; iii) componente de desvalorização de recursos na gestão da experiência da dor (itens 1, 2, 3, 4, 5 e 12), com uma consistência interna ( $\alpha$  Cronbach) de 0.90 e fiabilidade teste-reteste (ICC) de 0.78 (L. Azevedo et al., 2008). É solicitado ao participante que indique a frequência em que apresenta este tipo de pensamentos numa escala de Liberta com pontuações entre 0 e 4 (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2007; Sullivan et al., 1995). A soma de todas as pontuações atribuídas pode variar entre os 0 e os 52 pontos e valores mais elevados indicam níveis mais altos de pensamentos catastróficos. Pontuações iguais ou superiores a 30 são consideradas clinicamente relevantes (Sullivan et al., 1995).

Na sessão de preenchimento dos questionários acima referidos, foi agendada uma segunda sessão para realização da entrevista.



### 2.4.1. Entrevista

As entrevistas decorreram em formato online e/ou presencialmente, conforme preferência do participante. Decorreram num prazo máximo de duas semanas após o preenchimento dos questionários. As entrevistas tinham um cariz semiestruturado e abordaram as experiências dos trabalhadores ao longo do processo de diagnóstico de DP, as necessidades em saúde e as estratégias que utilizaram durante as diferentes fases do mesmo processo. As perguntas e a estrutura da entrevista são apresentadas na tabela 1.

Momentos	Objetivo	Categorias	Questões a abordar
<b>Introdução</b>	Agradecer a disponibilidade. Informar sobre o uso do gravador; breve esclarecimento sobre os objetivos da entrevista, onde não existem respostas corretas ou incorretas. Colocar o entrevistado no papel de colaborador. Garantir a confidencialidade dos dados. Esclarecer que todas as respostas são válidas e serão respeitadas. A informação recolhida será destruída no final do estudo.		
<b>Discussão</b>	Identificar o impacto da DP no dia-a-dia do utente	Impacto da dor no dia-a-dia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fale-nos um pouco do seu processo de diagnóstico de DP</li> <li>2. De que forma a sua DP interfere no seu dia-a-dia?</li> <li>3. Como faz a gestão da sua dor?</li> <li>4. Qual acha que será a evolução da sua condição clínica? Porquê?</li> </ol>
	Compreender o nível de conhecimento sobre o processo de aquisição de DP	Conhecimento sobre o processo	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Descreva, pelas suas palavras, as diferentes fases do processo de aquisição de DP</li> </ol>
	Identificar que estratégias e necessidades têm durante as diferentes fases do processo de aprovação de DP	Tipo de acompanhamento que é feito	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ao longo desse processo que necessidades sentiu em termos de saúde?</li> <li>7. Que estratégias/recursos de saúde acha que tornaria este processo mais fácil?</li> <li>8. No que diz respeito especificamente à Fisioterapia. Tinha expectativas diferentes no que diz respeito ao apoio destes profissionais?</li> </ol>
	Identificar as necessidades educativas dos pacientes com DP declarada	Quais a necessidades que sentiu durante o processo	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. O apoio e informação foi adequado às suas necessidades? Porquê? O que acha que faltou?</li> <li>10. Sente que foi de alguma forma, ouvido(a) quando lhe foi aprovada a DP? (Sentimento de justiça face à dor)</li> </ol>
<b>Conclusão</b>	Há mais alguma coisa em relação às suas necessidades e expectativas durante o processo que nos queira dizer?  O que pensa sobre os objetivos desta investigação e como vê o contributo que pode dar à mesma. Resumo dos conteúdos discutidos, agradecimento ao participante e questionar se gostaria de acrescentar alguma informação ao que já foi partilhado.		

Tabela 1 - Questões e estrutura da entrevista semi-estruturada.

Um primeiro roteiro da entrevista foi discutido com dois indivíduos com DP e com profissionais de saúde da área de fisioterapia de forma a melhorar a relevância, compreensão e

semântica das questões. O roteiro das questões foi ajustado com base no feedback. As pessoas que participaram nesta fase, não foram incluídas nas entrevistas finais.

As entrevistas online decorreram através da plataforma online ZOOM, com a presença exclusiva da entrevistadora e do entrevistado. As entrevistas presenciais decorreram na residência dos entrevistados, numa divisão calma e isolada apenas com a presença da entrevistadora e do entrevistado. As entrevistas foram conduzidas pela investigadora Inês Diogo que é Fisioterapeuta há cinco anos com experiência de mais de três anos no âmbito de saúde ocupacional e estudante do 2.º ano Mestrado em Fisioterapia do Ramo Musculoesquelética na Universidade de Aveiro.

O áudio da entrevista foi gravado através da própria aplicação ZOOM quando a entrevista foi realizada em formato online, ou através de um telemóvel Samsung® note lite 10 quando esta decorreu em formato presencial, através de uma aplicação de gravação de som. Esta gravação foi extraída em ambas as situações através do computador e eliminada deste dispositivo, e guardada no servidor da Universidade de Aveiro.

## **2.5. Análise de dados**

Na caracterização da amostra utilizaram-se a média e o desvio padrão para as variáveis contínuas e a frequência e percentagem para as variáveis ordinais e nominais.

Foi realizada análise de conteúdo a partir da transcrição verbatim das entrevistas. Esta consiste numa técnica que procura organizar as informações (extraídas dos diversos tipos de comunicação) num conjunto de categorias de significado. É através da representação dos vários elementos do discurso das entrevistas, da sua classificação, codificação e categorização, que é possível captar o sentido completo das mensagens. (Amado, 2014)

Foi constituído um quadro de categorização tendo por base a análise do conteúdo das entrevistas e, posteriormente, confrontados esses dados com os do estado de arte teórico. Assim, as referências teóricas organizaram a primeira exploração do material, mas este por sua vez, contribuiu para a reformulação das hipóteses a estudar, tendo em vista um procedimento de categorização misto (Amado, 2014; Braun & Clarke, 2006).

Após a organização dos conteúdos por sistema de categorias, foi atribuído um código a cada uma dessas unidades correspondente ao sentido que se lhe atribuí e que traduz uma das categorias do sistema. Uma unidade de significado pode ser traduzida como um segmento que conteúdo mínimo que é tomado para análise. (Amado, 2014; Braun & Clarke, 2006) No caso, a unidade de significado foram citações dos participantes que continham informações sobre determinado conceito.

Posteriormente, foram realizados 1) recortes e diferenciação vertical através da fragmentação das transcrições e atribuição de uma subcategoria a estes recortes 2) reagrupamento e comparação horizontal de cada transcrição de uma mesma subcategoria e 3) elaboração de mapa

conceptual e aperfeiçoamento e hierarquização das categorias. Esta sequência de trabalho permitiu confirmar a validade interna do sistema de categorias e análise, cumprindo com os critérios de exaustividade (a categoria traduz na totalidade os conceitos encontrados), exclusividade (uma unidade pertence apenas a uma categoria), homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade (Amado, 2014).

A elaboração de uma tabela de conteúdos exaustiva, permitiu analisar de forma objetiva os conteúdos, pois facilitou o confronto de informações com as entrevistas e vice-versa, assim como quantificar o número de vezes que determinada categoria foram referidos. A análise cuidadosa das expressões verbais e não verbais foi também fundamental para definir os sentimentos dos participantes e atribuir mais valor às suas expressões.

Após a elaboração dos resultados das entrevistas, estes foram enviados para três participantes selecionados tendo em conta a diversidade de género e escolaridade, nomeadamente o P2, a P3 e P5, para obter o seu *feedback* em relação à análise realizada, nomeadamente se esta traduzia as suas perspetivas transmitidas na entrevista.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Características da amostra

O presente estudo contou com uma amostra composta por 1 homem e 11 mulheres (n=12), com idades que variaram entre os 41 e os 65 anos e com DP declarada. A Tabela 2 apresenta a informação sociodemográfica dos participantes.

ID	Sexo	Faixa etária	Estado civil	Educação	Diagnóstico da DP (anos)	Serviços a que recorreu
1	F	46-50	Casada)/União de Facto	6º ano	0-5	Nenhum
2	M	46-50	Casado(a)/União de Facto	6º ano	0-5	Nenhum
3	F	51-55	Solteiro(a)/Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	9º ano	0-5	Fisioterapia pelo SNS
4	F	46-50	Casado(a)/União de Facto	12º ano	0-5	Fisioterapia ocupacional
5	F	41-45	Casado(a)/União de Facto	Bacharelato	0-5	Fisioterapia ocupacional
6	F	51-55	Casado(a)/União de Facto	9º ano	0-5	Fisioterapia clínica
7	F	51-55	Casado(a)/União de Facto	9º ano	10-15	Fisioterapia pelo SNS, privado e acupuntura
8	F	51-55	Solteiro(a)/Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	4º ano	10-15	Fisioterapia pelo SNS e privado
9	F	46-50	Casado(a)/União de Facto	9º ano	10-15	Fisioterapia pelo SNS, privado e acupuntura
10	F	41-45	Solteiro(a)/Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	9º ano	10-15	Fisioterapia ocupacional
11	F	61-65	Solteiro(a)/Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	4º ano	10-15	Fisioterapia pelo SNS e privado
12	F	51-55	Solteiro(a)/Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	9º ano	5-10	Fisioterapia pelo SNS e privado

ID – identificação; F – Feminino; M -Masculino; SNS – Serviço Nacional de Saúde

Tabela 2 - Dados sociodemográficos dos participantes.

Dos 12 participantes que entraram no estudo, 6 (50%) referiram ter DP declarada há mais de cinco anos e 10 participantes (83.3%) referiram já ter recorrido à Fisioterapia. Dos quais, seis (50.0%) utilizaram os serviços públicos e/ou privados generalistas e três (30.0%) referiram ter tido acesso a Fisioterapia Ocupacional (serviço prestado na empresa onde trabalham por prestador externo).

Aa Tabelas 3 e 4 apresentam a informação extraída da bateria de questionários aplicados aos participantes.

Todos os participantes reportaram dor no momento da aplicação dos questionários, seis (50.0%) dos quais reportam dor em todo o membro superior (ombros, cotovelos e punhos), cinco participantes (41.7%) fizeram referência a dor na região cervical, e um participante (8.3 %) referiu dor nos membros superiores e também nos membros inferiores (joelhos e tibiotársicas). A pontuação média para a severidade da dor foi de  $6.2 \pm 0.4$  (média $\pm$ dp) e a de interferência de  $6.5 \pm 0.5$ .

Os resultados do Inventário de Sensibilização Central indicam que quatro (33%) dos participantes apresentavam sintomas de sensibilização central moderados (entre 40 e 49 pontos) e igual número apresentava sintomas de sensibilização central extremos (entre 60 e 100 pontos). Os valores médios ( $\pm$ dp) para as escalas de ansiedade, depressão e *stress* foram  $7.0 \pm 2.2$  ,  $6.3 \pm 1.9$  e  $8.4 \pm 1.7$ , respetivamente.

ID	Inventário Reduzido da Dor			Inventário de Sensibilidade Central	
	Localização da dor	Subescala de Severidade	Subescala de Interferência	Classificação	
1	Ombros, cotovelos e punhos	9.3	8.7	48	Moderado
2	Cervical e lombar	6.5	5.7	48	Moderado
3	Ombros, cotovelos e punhos	6.8	9.1	66	Extremo
4	Ombros, cotovelos e punhos	7.0	8.3	61	Extremo
5	Ombros, cotovelos e punhos	6.5	8.4	71	Extremo
6	Cervical, lombar e cotovelos	6.0	5.4	34	Leve
7	Ombros, cotovelos e punhos	3.5	4.0	78	Extremo
8	Cervical, ombros e punhos	7.0	6.0	52	Grave
9	Cervical, dorsal, ombros e joelhos	4.8	6.7	45	Moderado
10	Ombros, cotovelos, punhos, joelhos e pés	4.8	6.1	47	Moderado
11	Ombros, cotovelos e punhos	6.0	4.1	39	Leve
12	Cervical, ombros, cotovelos e punhos	6.5	5.1	24	Subclínico
<b>Média <math>\pm</math> DP</b>		<b>6.2<math>\pm</math>0.4</b>	<b>6.5<math>\pm</math>0.5</b>	<b>51.1<math>\pm</math>4.5</b>	

ID – identificação do participante;  $\pm$  DP – Desvio

Tabela 3 – Resultados dos questionários “Inventário Reduzido da Dor” e “Inventário de Sensibilidade Central”.

ID	Escala de Ansiedade e Depressão - 21 itens				Escala de Catastrofização			
	Depressão	Ansiedade	Stress	Somatório	Ruminação	Magnificação	Desvalorização de recursos na gestão da experiência da dor	Somatório
1	5	0	8	13	16	12	14	42
2	0	2	0	2	16	9	16	41
3	0	1	3	4	14	9	16	39
4	18	15	16	49	16	9	13	38
5	20	21	21	62	14	11	20	45
6	4	6	7	17	16	9	19	44
7	16	13	10	39	12	3	16	31
8	6	6	7	19	7	7	12	26
9	13	4	14	31	14	5	18	37
10	0	3	6	9	16	6	9	31
11	1	3	3	7	10	4	3	17
12	1	2	6	9	12	5	13	30
<b>Média ± DP</b>	<b>7.0±2.2</b>	<b>6.3±1.9</b>	<b>8.4±1.7</b>	<b>21.8±5.6</b>	<b>13.6±0.8</b>	<b>7.4±0.8</b>	<b>14.1±1.4</b>	<b>35.1±2.4</b>

ID – identificação; ± DP – Desvio Padrão

Tabela 4 – Resultados dos questionários “Escala de Ansiedade e Depressão de 21 Itens” e “Escala de Catastrofização”.

### 3.2. Percepção dos trabalhadores relativamente ao seu processo de diagnóstico de doença profissional musculosquelética

As entrevistas tiveram uma duração que variou entre os 17 e os 44 minutos, com uma duração média ( $\pm dp$ ) de  $28.3 \pm 8.8$  minutos. Foi atingida a saturação teórica na sexta entrevista, a partir da qual não surgiram novas categorias de informação.

A análise dos dados das entrevistas identificou cinco grandes categorias: i) Descrição do processo de diagnóstico de DP; ii) Frustração e sentimentos de injustiça relacionados com a percentagem de incapacidade atribuída; iii) Falta de informação; iv) Impacto da DP e v) Cuidados de saúde e apoio recebidos.

Estes resultados foram analisados por três participantes, nomeadamente P2 (sexo masculino, 6º ano de escolaridade), P3 (sexo feminino, 9º ano de escolaridade) e P5 (sexo feminino, bacharelato) que referiram a sua concordância com a análise realizada na medida em que esta correspondia às suas experiências.

**i) Descrição do processo de diagnóstico de doença profissional**

Esta categoria inclui cinco subcategorias que, na perspectiva dos participantes, compõem a descrição e experiência do processo de diagnóstico de DP: a) o aparecimento dos sintomas e início do processo de DP; b) a descrição do processo de diagnóstico de DP; c) a experiência com a Junta Médica; d) os pedidos de reanálise e repetição do pedido de avaliação de DP e a e) decisão final.

**a) Aparecimento dos sintomas**

A maioria dos participantes (n=9, 75.0%) fez referência ao surgimento dos primeiros sintomas que, posteriormente, deram início ao processo de pedido de reconhecimento de DP. Destes participantes, 3 (25.0%) fizeram referência a dor na região dos membros superiores (nomeadamente, ombros, cotovelos e punhos), igual número (25.0%) referiu a presença de parestesias nas mãos, um participante (8.3%) apontou a perda de força nos membros inferiores como o primeiro sinal e um participante (8.3%) referiu que inicialmente desvalorizou os seus sintomas.

*"Em 2009, foi a primeira vez que me lembro de ter feito o pedido às doenças profissionais. Nessa altura, sentia muitas dores nos punhos. (...) eu fiz exames,(...) comprovam que tinha qualquer coisa no túnel cárpico e tinha problemas." (P3)*

*" (...) comecei a ter formigueiro nas mãos (...) Aí mandaram-me fazer uns exames, fui fazendo exames à minha conta, até que já tinha tendinites no cotovelo, ombro e pulso, no lado direito, e essas coisas assim." (P4)*

*"Há 14 anos começou pela mão direita, os sintomas que eu tinha era como se tivesse aqui um elástico relaxado. (...) Na altura, até tinha medo de pegar em alguma coisa e deixar cair, porque se isto me dava eu ficava sem reação na mão." (P10)*

*"Nunca fui ao médico de família para isto...pensei, olha é uma "dor" e deixei andar...só que depois às vezes, a dor agrava-se com o ambiente que a gente tem, e nós chegamos a bater lá no fundo e eu decidi aí que tinha que ir tratar deste assunto. (P6)*

**b) Descrição e duração do processo de diagnóstico de DP**

Relativamente ao processo de avaliação da DP, a experiência dos participantes parece refletir uma experiência burocrática, pouco informada, centrada na realização de meios complementares de diagnóstico e pouco focada na pessoa. A maioria dos participantes (n=9; 75.0%) referiram que o processo se iniciou com o preenchimento de documentos através de um médico da

especialidade de Medicina do Trabalho e com realização de exames complementares de diagnóstico que enviaram para o Departamento de Doenças Profissionais. Após o envio da documentação para o Departamento de Doenças Profissionais, os participantes ficaram a aguardar o próximo contacto.

*“O Dr. mandou-me preencher uns papéis [referindo-se aos pedidos de DP – Segurança social] e enviou lá para as Doenças Profissionais.” (P2)*

*“(…) foi o médico da fábrica, que me disse que isto era uma doença profissional. E metemos os papéis relativos só ao ombro.” (P7)*

*“O médico, preencheu os papéis [referindo-se ao pedido de avaliação de doença profissional], assinei e fizemos tudo. Os documentos foram enviados para as doenças profissionais.” (P9)*

Mais de 50% dos participantes (n=7) referiu ter aguardado muito tempo, seis (50.0%) referem ter estado entre 2 e 3 anos à espera da carta do Departamento de DP, descrevendo o processo de diagnóstico de DP como longo, nomeadamente no que diz respeito à obtenção das respostas relativas à validação do pedido de DP e agendamento da consulta com a Junta Médica de DP. As declarações daqueles que consideraram este processo longo, ilustram a sua incompreensão sobre o processo, assim como descontentamento, descredibilização da sua dor e da instituição do departamento das Doenças Profissionais.

Apenas um participante (P2) referiu que o tempo de resposta da Junta Médica foi curto e que considerou este processo rápido.

*“Esse processo foi muito lento. Estive quase três anos há espera, acho uma estupidez! Porque se uma pessoa tem dores e o médico nos manda para a baixa e temos os exames todos feitos que mostram que temos essa doença, qual é porquê de demorarem tanto a chamar?!” (P1)*

*“Não compreendo o porquê de ter demorado quase 3 anos para receber a resposta por carta a dizer que não tinha sido considerada a minha doença profissional.” (P3)*

*“E passado uns tempos, marcaram uma consulta e tive de ir lá a Lisboa. (...) Foi rápido até, nem chegou a meio ano. Fiquei com doença profissional declarada no cotovelo.” (P2)*

#### c) Pedidos de reanálise e repetição do processo

Seis participantes (50.0%) demonstraram proatividade na procura de outro tipo de resposta/validação da sua condição motivada por sentimentos de revolta após lhes ter sido recusado o pedido de DP. Três participantes (25.0%) referiram que foram incentivados por médico de Medicina do Trabalho particular a recorrer da decisão da Junta Médica, por aquele considerar a percentagem de incapacidade que lhes foi atribuída reduzida, ou em casos em que lhes foi recusado o pedido de DP. A mesma percentagem de participantes solicitou a revisão da decisão da Junta Médica por entenderem que não foram “bem atendidas” no Médico do Trabalho da empresa.



*"Eu não concordo com este valor! (...) recebi a carta em casa e fui a um médico [particular] para me ajudar a escrever uma carta em como não concordo com a percentagem que me foi atribuída, e agora estou à espera." (P1)*

*"Na medicina do trabalho da empresa, não fui bem encaminhada...e então senti necessidade de ir a um gabinete privado." (P6)*

#### d) Descrição da experiência com a Junta Médica

Seis participantes (50.0%) fizeram referência à avaliação pela Junta Médica e expressaram que não foi recolhida informação clínica suficiente e que as suas queixas não foram devidamente valorizadas, demonstrando sentimentos de indignação e percepção de serem desacreditados face aos seus sintomas.

*"Olhe, nem olham para nós. (...) nem os exames que levei quiseram ver."[referindo-se à experiência com a junta médica] (P1)*

*"A experiência foi...olhe não me viram nada! Levantar os braços, baixar os braços, e mais nada! Perguntaram só o que eu fazia. Estive lá 5 minutos, estava lá o médico, estava a escrever não sei o quê...E eu fiquei ali à espera... disseram-me para aguardar pela resposta." (P3)*

Uma participante (8.3%) declara que ficou com mais dúvidas após a Junta Médica e que isso a fez sentir mais revolta com os tempos de espera, ou seja, o tempo de espera poderia não ser tão angustiante para os participantes caso a experiência da Junta Médica fosse diferente, mais centrada na pessoa.

*"Saí de lá [da junta médica] com mais dúvidas do que respostas, faz-me sentir muita revolta os tempos de espera." (P5)*

#### e) Decisão baseada em exames de complementares de diagnóstico

A descrição de mais de metade dos participantes (n=8; 66.7%) acerca da avaliação e diagnóstico da DP nos momentos de contacto com profissionais de saúde (quer da Medicina do Trabalho, quer com a Junta Médica) sugere uma avaliação clínica que associa as alterações estruturais encontradas nos exames complementares de diagnóstico e a atribuição da DP e/ou percentagem de incapacidade. Em três (25.0%) dos testemunhos esta associação é transmitida ao indivíduo através da Junta Médica e noutros casos (n=3; 25%) os próprios indivíduos já têm essa crença.

*"(...) E as coisas continuaram a agravar, e eu fui fazer exames, onde deu que tinha doenças profissionais." (P6)*

*"O médico pediu-me os exames, analisou e pediu-me para levar o braço atrás das costas, coisa que me custa a fazer...(...) Disse-me assim "olhe peça à colega lá fora para tirar uma fotocópia dos exames e pode ir embora." E eu disse-lhe "então é só isto?", ao que ele respondeu "sim, com o exame que você aqui tem, o que é que quer que eu lhe diga?" e eu disse "que me diga alguma coisa" e ele respondeu "você traz um exame que não deixa dúvidas." (P7)*

*“E com esses novos exames, em 2011, fiz novo pedido de doença profissional com agravamento das lesões. Entretanto, as doenças profissionais chamam-me ao Porto em 2012. O médico que viu o meu processo lá disse “sim senhora, tem aqui matéria mais que suficiente para ter doença profissional e não sei porque é que ainda não tem...”. E aí deram-me a doença profissional.” (P11)*

Inclusive, dois (16.7%) dos participantes expressaram preocupação sobre a “validade” dos exames que apresentaram.

*“Já andava preocupada, porque não é só o faltar nesse dia ao trabalho...é a deslocação, é a preocupação de chegar lá e pensar que os exames já estão inválidos e que me iam exigir novos exames.” (P5)*

## **ii) Frustração e sentimentos de injustiça relacionados com a percentagem de incapacidade atribuída**

Para sete participantes (58.3%), as percentagens de incapacidade atribuídas são fator de descontentamento por, na perspetiva dos entrevistados, representarem valores baixos face aos seus sintomas e interferência sentida nas atividades diárias. São expressos sentimentos de revolta, tristeza e injustiça face à percentagem de incapacidade que lhes foi atribuída.

*“(...) pelas dores que eu tenho e pelo que estou a sentir nos meus braços, basicamente descartaram (referindo-se à análise da junta médica) os meus braços e só me reconheceram 5% [referindo-se à taxa de incapacidade que foi atribuída]! E não justifica tudo o que tenho.” (P1)*

*“Ficou reconhecida a incapacidade de 3% relativamente ao ombro direito e 4.85% do cotovelo, o pulso não ficou reconhecido.(...) A gente acaba por ficar triste, não é? Porque é o nosso esforço e depois acabamos por ficar assim para o resto da vida. Isto nunca mais vai ter cura... As dores que eu tenho, neste momento, são mais do que 7.85% ... ” (P4)*

Existem, também, participantes (n=2; 16.7%) que, apesar de discordarem da percentagem de incapacidade atribuída, expressam conformismo em relação à mesma.

*“ Eu não ando muito dentro dos aspectos das atribuições, mas acho que é pouco. Eu sou uma portuguesa muito conformada...e sei que nós estamos num país assim mesmo. E como há pessoas que só têm 2% ou 3%, a mim deram-me mais um bocadinho então se calhar até sou sortuda...sou muito conformada. E muitas vezes, não luto pelos meus direitos.” (P7)*

## **iii) Falta de informação sobre a DP e os apoios**

Esta categoria subdivide-se em três categorias, são elas a) a falta de informação e informação desajustada sobre o diagnóstico de DP, b) a falta de informação sobre os apoios para quem tem DP e c) a falta de informação sobre como podem fazer a gestão da dor.

### **a) Falta de informação e informação desajustada sobre o diagnóstico de DP**

A falta de informação sobre a DP inclui uma subcategoria de desconhecimento sobre o que é a DP, representada por quatro participantes (33.3%) que o reportam claramente e, em igual

número (n=4; 33.3%), ocorre também o reforço de crenças desajustadas sobre a sua própria condição de saúde através da informação que é comunicada aos participantes aquando da interpretação de exames complementares de diagnóstico pelos médicos da Medicina do Trabalho.

*"(...) fui ao Médico. E foi quando me falaram que eram problemas de tendinites, e que era essa coisa dessas doenças" (P1)*

*"Voltei a fazer novamente exames, e fui aguentando (...) e voltei a fazer outros exames que acusavam coisas graves nos cotovelos e nos ombros."(P3)*

*"(...) Temos alguém que nos explicasse as questões, agora só querem é informar que se tivermos uma calcificação já não é considerado doença profissional." (P6)*

*" Olhe era bom se tivéssemos um sítio onde nos pudéssemos dirigir e obter informações sobre os nossos direitos, para nos explicarem o que temos de fazer! (P10)*

#### b) Falta de informação sobre os apoios para quem tem DP

De uma forma geral (n= 8; 66.7%), os participantes consideraram que não lhes foi comunicado quais os apoios a que têm direito, nem como obter essas informações de uma fonte fidedigna.

*"Não, não me explicaram [referindo-se às equipas multidisciplinares que a acompanharam]. Estou a receber um valor simbólico referente à minha incapacidade, que não dá para nada!" (P3)*

*"(...) Mas sinto que nós, que temos doença profissional, não sabemos os nossos direitos ao todo...vamos descobrindo falando com as colegas. Não tive nada, ninguém me explicou nada!" (P10)*

#### c) Falta de informação sobre a gestão da dor

A única forma de gestão da dor referida pelos participantes foi o uso de medicação para atenuar os sintomas associados à DP. Este foi reportado por oito participantes (66.7%), em particular, analgésicos e anti-inflamatórios orais e tópicos. Para dois participantes (16.7%), a toma de medicação anti-inflamatória é agora uma situação regular e diária. Outros participantes (n= 5; 41.6%), referem que a toma de medicação anti-inflamatória e analgésica é irregular e apenas no caso de surgirem sintomas dolorosos. Um participante (8.3%) referiu, ainda, o consumo de medicação de forma a prevenir o aparecimento de sintomas e a tranquilizar o participante.

*"No início não tomava medicação todos os dias, o brufen por exemplo, agora posso dizer que tomo todos os dias!"(P4)*

*"Coloco voltaren em casa, em pomada. E quando estou pior, tomo mesmo comprimidos. Alivia um bocadinho" (P2)*

*" Tomo uns anti-inflamatórios, para ir mais tranquila trabalhar(...)."(P9)*

#### iv) **Impacto da doença profissional**

Estão incluídas nesta categorias as subcategorias que descrevem o impacto da DP no a) sono, b) nas atividades da vida diária, c) na auto-percepção, e d) no trabalho/tarefas laborais.

##### a) Impacto da DP no sono

A presença de sintomas como o cansaço físico e mental foram reportados em algumas entrevistas e poderão estar associados à diminuição da quantidade e qualidade do sono, tendo três (25.0%) participantes explicitamente referido esta associação, na medida em que a ocorrência de sintomas dolorosos/parestesias levavam o indivíduo a acordar e a levantar-se durante a noite. Foi, também, referido o impacto negativo das alterações de sono, nas atividades do dia seguinte, quer domésticas, quer laborais, assim como no aumento da intensidade da dor.

*“A dormir, adormecem-me muito [referindo-se às suas mãos] muito mesmo! Tenho de acordar durante a noite para molhar as mãos (...) e caminhar um bocadinho, para conseguir aliviar a dormência e ir dormir outra vez. Não durmo uma noite seguida! (...) acordo cansada, muito cansada!” (P1)*

*“Em certos momentos (...) quero-me virar para o lado [referindo-se aquando está a tentar dormir] e não consigo por causa da dor. Acordo muitas vezes. E depois durante o dia, sinto mais dor.”(P2)*

##### b) Impacto da DP nas atividades da vida diária

Esta categoria representa uma das componentes mais referidas pelos participantes dentro desta categoria (n=8; 66.7%), as entrevistas relatam as dificuldades sentidas nas atividades diárias como lavar e estender a roupa (n=3; 25%), descascar alimentos e cozinhar (n=2; 16.7%), limpar a casa e outras tarefas domésticas (n= 3; 25.0%). Alguns participantes reportaram, ainda, diminuir intencionalmente o número de tarefas domésticas realizadas com receio que executar essas atividades diminuísse a sua capacidade de trabalhar no dia seguinte (n=3; 25.0%).

*“Mudou tudo, porque eu quero passar a ferro, não posso estar muito tempo a passar a ferro. O meu ombro e braço não dá! (...) Estou a tirar a loiça da máquina e deixo cair as coisas...Interfere em tudo!” (P3)*

*“(...) mesmo a descascar uma batata ou uma peça de fruta, não consigo. Não consigo abrir um frasco de grão, nem pegar em coisas pesadas... porque se segurar muito tempo, deixo cair...as coisas mais simples, às vezes até a escrever! Até a escrever me cansa o braço...” (P5)*

*“(...) E às vezes, não é só um dia em que faço isto [referindo-se a não fazer as suas tarefas [referindo-se às tarefas domésticas de forma que consiga trabalhar no dia seguinte], por vezes, quando noto que estou a inflamar, são semanas em que evito fazer esforços...não limpo a casa, é o básico.” (P7)*

##### c) Impacto da DP na auto-percepção do indivíduo

Encontram-se nas descrições dos participantes formas diferentes de lidar com o diagnóstico e o impacto diário da DP. O discurso de vários participantes (n=5; 41.7%) sugere catastrofização em relação à dor, isto é, uma tendência de ruminação sobre a sintomatologia, diminuição do limiar de tolerância à dor, enquanto outros (n=4; 33.3%) afirmam uma posição mais conformista e passiva

em relação à mesma. Mais, alguns participantes (n=4; 33.3%) entendem a dor como parte de si mesmos e antecipam que esta vai piorar no futuro.

*“(...) quando estou no trabalho estou sempre a pensar “bem, se vou fazer tarefa x” já estou “lixado” por causa do meu braço. Já sinto a dor antes de fazer a tarefa.” (P2)*

*“Eu gostava que não fizesse parte de mim (a dor), mas acho que vou ficar cada vez pior.” (P3)*

*“Sofrer a dor, até já não poder aguentar mais. Depois quando já não der, olhe...” (P6)*

Mais de metade dos participantes (n=7; 58.3%) refere que a DP tem impacto psicológico, em particular a dor crónica inerente à DP, afetando negativamente a sua autoeficácia para tarefas do dia-a-dia e relacionadas com o trabalho. A perceção de uma menor capacidade para o trabalho, por sua vez, afeta-os negativamente a nível emocional e na sua perceção de capacidade de produção e capacidade financeira. Um participante (8.3%) refere que o impacto negativo da DP é, também, agravado pela desconfiança do parceiro em relação à validade das suas queixas.

*“Sinto-me assim incapaz de fazer certas e determinadas coisas que gostava de fazer e não consigo. Limitada...(P3)*

*“Estou a receber um valor simbólico referente à minha incapacidade, que não dá para nada! Porque se eu for comprar a medicação não chega, não é? E não tenho tido mais ajuda nenhuma.” (P3)*

*“Faz-me sentir mesmo impotente, que não consigo fazer nada...não sou capaz, o que é que eu estou aqui a fazer, se não sou capaz? Isto leva-nos muito abaixo...quer seja no trabalho, quer seja em casa...” (P5)*

*“(...) desde que voltei a trabalhar ainda não consegui fazer o número de peças objetivo e isso mexe comigo. Sinto que não cumpro, e até porque se fizermos um valor de peças, temos um prémio e eu ainda não consegui atingir...ao fim de seis meses ainda me sinto limitada. E eu dou o meu melhor e mesmo assim não consigo alcançar o objetivo!” (P7)*

*“Isto faz-me sentir mal, até porque depois eu comento isto com o meu companheiro e ele pensa que eu estou a mentir [emociona-se].” (P9)*

Para além do impacto atual da DP e sintomas associados, a maioria dos participantes (n=11; 91.6%) reportaram um receio associado ao envelhecimento com DP, nomeadamente o agravamento das limitações funcionais (n=7;58.3%) e/ou a perda de capacidade financeira (n=6; 50.0%), e/ou medo de não ter qualidade de vida à medida que vão envelhecendo (n=4;33.3%).

*“Tenho receio de paralisar mesmo, dos membros quer superiores, quer inferiores...O pior medo é eu ter que desistir de tudo...o limite...e o limite é o fim da vida. Isto preocupa-me muito, e cada vez mais o que me está a acontecer.”(P5)*

*“Eu não consigo fazer a minha vida no dia-a-dia, as coisas básicas, para não depender de ninguém. Tenho medo. E há muitos anos, quando eu vi os outros a ficarem assim eu disse “quando eu estiver assim, eu venho-me embora” [referindo-se a despedimento]. Agora penso diferente, porque se eu vou embora, e estou toda lesionada, para onde é que eu vou? Quem é que me vai empregar, sabendo que eu estou assim?”(P6)*

*“A probabilidade de uma pessoa ficar pior do que uma que não tem problemas é muito maior. O que é que uma pessoa recebe? De deixar de andar, de deixar de poder fazer as minhas coisas, vou ter uma reforma baixa e depois a questão de ter dinheiro para a medicação...é o subsídio da doença profissional também não dá para nada...Os receios são mais que muitos...”(P11)*

d) Impacto da DP no trabalho

De uma forma global, os participantes referem que a DP tem um grande impacto na sua capacidade funcional e motivação para o trabalho. A maioria dos participantes (n=9; 75.0%) refere interferência da DP nas tarefas laborais e no cumprimento dos seus “deveres” no que concerne os pedidos de produção (número de peças a concluir durante o turno), sendo esta última uma preocupação especificamente relatada por três participantes (25.0%). Alguns participantes (n=2; 16.8%) referem também a pressão psicológica que sentem quando não conseguem realizar as tarefas laborais, esta pressão imposta pelos próprios, mas também exercida pelos pares.

*“No trabalho, faço o meu esforço para dar o meu melhor...mas mesmo que eu queira, já não consigo fazer o que eu fazia antes...nos primeiros anos de trabalho. De há 7 anos para cá vejo que estou mais limitada.” (P3)*

*“Ultimamente sinto-me muito debilitada para cumprir os meus deveres na empresa. Neste momento, após a cirurgia ao meu dedo, desde que voltei a trabalhar ainda não consegui fazer o número de peças objetivo e isso mexe comigo. Sinto que não cumpro.” (P7)*

*“Por exemplo, agora querem que eu faça uma determinada tarefa que eu não consigo fazer, porque exige muita força. E eu já disse que não consigo, mas nessa altura as colegas picam-me! E às vezes, eu já sei que não consigo, mas vou experimentar na mesma porque não quero ficar mal vista.” (P8)*

*“Quando sei que vou fazer aquele posto, já saio de casa com uns nervos, que nem me apetece entrar lá...o que vale é que nós vamos rodando.” (P8)*

*“(...) Só de pensar que tenho de ir fazer algumas tarefas já fico ansiosa de pensar se vou ficar em crise.”(P10)*

*“Ao nível da fábrica, houve coisas que tiveram de mudar. E reduzi muito na quantidade de trabalho feito. Claro que teve de reduzir, até porque uma pessoa quando está a trabalhar e não tem problemas, consegue fazer uma produção e consegue fazer certos trabalhos num curto espaço de tempo. Então, quando tem limitações e está condicionado, claro leva mais tempo a fazer as coisas...”(P11)*

v) **Cuidados de saúde e apoios recebidos**

Nesta última categoria, estão incluídas quatro subcategorias: a) apoio do Sistema Nacional de Saúde, b) apoio por parte da entidade empregadora, c) Cuidados de Fisioterapia, outras necessidades de saúde sentidas por parte dos participantes e d) a comunicação em saúde (impacto da linguagem em saúde).

a) Apoio do Sistema Nacional de Saúde

Há um descontentamento geral por parte dos participantes (n=10; 83.3%) relativamente aos apoios prestados através do Sistema Nacional de Saúde (SNS) . O sistema e os seus protocolos não corresponderem às expectativas das pessoas, nomeadamente, no que concerne o acesso aos apoios e o acompanhamento em termos de cuidados de saúde .

Os participantes referem acesso reduzido aos apoios do SNS relativos aos tratamentos (n=5;41.7%) (p.e. P2), também foi reportada a falta de atendimento específico para as doenças profissionais (n=2; 16.7%) os elevados tempos de espera para obter vagas de consultas médicas e fisioterapia (n=2; 16.7%), entre outras situações, como os horários disponíveis para os tratamentos de fisioterapia, que se tornam conflituosas em termos de gestão da vida laboral e o usufruto dos tratamentos (n=1; 8.3%).

*“ Eu acho que o estado havia de ajudar mais em termos de fisioterapias e essas coisas todas. (...) Em x [localidade onde reside] não tenho onde ir. É tudo privado aqui! Teria que me deslocar para x [as cidades adjacentes 20 km + 20 km p.e.], aqui não temos público a trabalhar sobre isso. E se calhar, muita gente deixa-se arrastar com isto das doenças profissionais por causa disto! (P2)*

*“ Olhe era bom se tivéssemos um sítio onde nos pudéssemos dirigir e obter informações sobre os nossos direitos, para nos explicarem o que temos de fazer! E termos acesso a outros tipos de consultas e tratamentos eficazes, e mais frequentes!” (P10)*

*“E sabe que para fazer sessões de fisioterapia, por exemplo 15 sessões pelo público, é obrigada a pôr baixa? E nós não podemos andar constantemente a pôr baixa!” (P12)*

b) Apoio da Entidade Empregadora

Os participantes reportam receio de retaliações e consequências negativas no seu dia-a-dia laboral após receberem a percentagem de incapacidade (n=2; 16.7%) a qual que condiciona a atribuição do(s) posto(s) de trabalho; fazem referência a frustração e revolta para com a conotação dos postos de trabalho que lhes são atribuídos pela desvalorização do seu perfil/competências de trabalhador (n=3; 25%).

*“Estou com receio de retaliações, mas não vou voltar atrás...esta é a minha dor, o meu sentimento e o que eu passo todos os dias. Mas sei que vai trazer consequências negativas para o meu dia-a-dia.” (P5)*

*“Olhe no sítio onde estou [referindo-se à estação de trabalho], sempre fizeram diferença, porque é considerado o posto de trabalho das inválidas. As pessoas não entendem! Tudo depende dos problemas de cada um, porque cada um tem problemas diferentes.”(P10)*

*“Por exemplo, agora querem [referindo-se à equipa de trabalho] que eu faça uma determinada tarefa que eu não consigo fazer, porque exige muita força. E eu já disse que não consigo, mas nessa altura as colegas picam-me! E às vezes, eu já sei que não consigo, mas vou experimentar na mesma porque não quero ficar mal vista. Quando sei que vou fazer aquele posto, já saio de casa com uns nervos, que nem me apetece entrar*

*lá...o que vale é que nós vamos rodando. (...)Fico revoltada, porque é uma doença que se apanha dentro da fábrica, e estou há tanto ano naquela fábrica...e no fim não temos valor nenhum lá dentro...”(P8)*

#### c) Cuidados de Fisioterapia

Como foi descrito anteriormente (tabela 2), grande parte dos participantes teve oportunidade de realizar tratamentos de fisioterapia através do SNS (isto é, centros de reabilitação de fisioterapia com acordos com serviços públicos de saúde). Destes participantes, oito (66.7%) reportam uma experiência de tratamento que classificam como desagradável. Esta classificação tem por base razões a fraca qualidade do tratamento, a falha na obtenção de resultados (como o alívio da dor) (n= 8; 66.7%); o pouco tempo despendido pelo fisioterapeuta no tratamento ao utente (n=2; 16.7%) e a sensação de abandono e desamparo durante as sessões de fisioterapia (n=1; 8.3%).

*“Fiz fisioterapia, da primeira vez que fiz não gostei, porque era só 30 minutos e sentia que se esqueciam de mim ali. E não senti melhoras” (P1)*

*“Só fiz fisioterapia no público, mas a experiência não foi muito boa...metiam-me um coiso quente e fazia-me uma massagenzinha, no fim punham-me uns ultrassons e depois eu ia embora...Não notei grandes melhoras.”(P8)*

*“Não vou dizer que a fisioterapia que eu fiz foi muito boa, porque não foi. Normalmente, quando se trata de fisioterapia no público é só mesmo o básico. O básico é deitar na marquesa, põem-te uma chocadoeira ou um calor em cima e ficas lá meia hora, depois passam-te um cremezinho, massagens de 5 minutos em cada lado. Tchau, até amanhã à mesma hora!” (P11)*

*“(...) a última vez que fui fazer fisioterapia, no público, fui tratar o meu dedo, mas não senti melhoras, acho que a fisioterapeuta não percebeu muito bem a minha lesão.” (P7)*

*“Em termos de fisioterapia, fiz através do sistema nacional de saúde. Em dois sítios diferentes, mas no último sítio sinceramente mais-valia nem ir para lá porque não faziam nada de jeito. Noutra lado, dependia do fisioterapeuta que eu apanhava no dia em que lá ia...” (P12)*

#### d) Comunicação em saúde

Alguns participantes (n=3; 25.0%) reportaram interações “médico-utente” onde salientam o poder da linguagem e termos utilizados em saúde e o impacto da mesma na percepção da sua própria condição de saúde.

*“O médico mandou-me fazer uma eletromiografia e as ecografias aos tecidos moles, na altura lembro-me que ele só passou ao cotovelo...e o médico que estava a fazer o exame até me disse que eu devia fazer às partes todas do braço direito que possivelmente estaria lesionada no braço todo...e assim foi.” (P5)*

*“Quando voltei à consulta com os exames o médico (do trabalho) disse-me assim “Você tem de sair daqui! Está a ver o que tem?! Está a ver o que tem?! Tem de sair daqui!”. E eu que não sabia de nada, até fiquei assustada, pensei que tinha de cortar o braço!” (P9)*



Relativamente à Fisioterapia, cinco participantes (41.6%) desenvolveram as suas próprias conclusões relativamente aos tratamentos de fisioterapia, dois participantes referiram a a sua preferência pela componente de terapia manual nos tratamentos de fisioterapia (n= 2; 16.7%), em igual número (n=2; 16.7%) detetaram alterações consoante o fisioterapeuta que fazia o tratamento, referindo que as diferenças entre fisioterapeutas tinham impacto nas suas experiências de tratamento.

*“(...) mas o melhor para mim é mesmo o trabalhar com as mãos (terapia manual), mas deve haver muitas mais máquinas para fazer terapias, mas eu não tenho conhecimento.” (P5)*

*“(...) a última vez que fui fazer fisioterapia, no público, fui tratar o meu dedo, mas não senti melhoras, acho que a fisioterapeuta não percebeu muito bem a minha lesão.” (P7)*

*“Em termos de fisioterapia, fiz através do sistema nacional de saúde. Em dois sítios diferentes, mas no último sítio sinceramente mais-valia nem ir para lá porque não faziam nada de jeito. Noutra lado, dependia do fisioterapeuta que eu apanhava no dia em que lá ia...” (P12)*

#### 4. DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu caracterizar o processo de diagnóstico de DP na perspetiva dos trabalhadores e as suas implicações. Os resultados mostram que a DP tem um impacto negativo na pessoa, no seu-dia-a-dia e no seu trabalho, que o processo de diagnóstico de DP é longo e pouco centrado na pessoa, gera sentimentos de frustração e injustiça, a informação e apoio dados aos trabalhadores são percebidos como sendo insuficientes e os cuidados de saúde prestados de baixa qualidade.

A amostra de população trabalhadora com DP musculoesquelética deste estudo apresenta características demográficas semelhantes às que foram encontradas no último relatório da ACT (ACT, 2020), nomeadamente, a tendência para uma maior percentagem de pessoas do sexo feminino e idades compreendidas entre os 50 e os 54 anos.

As entrevistas revelaram informações que estão em conformidade com o descrito na revisão da literatura sobre o impacto emocional, familiar e laboral da dor crónica musculoesquelética (Blyth et al., 2019; Mills et al., 2019). O impacto da DP na vida diária representa uma das categorias mais referida pelos participantes, nomeadamente o impacto na capacidade de realizar tarefas domésticas, como preparar alimentos, passar a ferro e limpar a casa. É necessário, também, confrontar estes resultados, com o papel familiar mais ou menos definido pela sociedade, distinguindo as tarefas realizadas pela mulher e pelo homem. Apesar da pouca representatividade do sexo masculino neste estudo, o participante do sexo masculino não fez referência à interferência da DP na sua vida doméstica, referindo inclusive que em casa tinha oportunidade de descansar. Ao contrário, as participantes do sexo feminino referiram reduzir a sua atividade em casa de forma a conseguir gerir a sua sintomatologia e permitir um dia de trabalho mais tranquilo no dia seguinte. Estas diferenças de papéis são relevantes, não só por representarem uma percentagem de população ativa que ainda tem presente noções antiquadas de gestão familiar, mas, em particular, porque devem ser consideradas nas avaliações médicas e de fisioterapia. O conhecimento da realidade individual é fundamental para uma intervenção centrada na pessoa e nas suas necessidades pois, só assim, será possível dar ferramentas e estratégias adaptativas face às dimensões (laborais, familiares ou culturais) com maior importância para cada pessoa (Bergström et al., 1999; El-Shormilisy et al., 2015).

No âmbito profissional, os participantes manifestaram perda de confiança no seu desempenho laboral, receio de pedir ajuda aos seus pares por considerarem esse ato um transtorno, e diminuição da satisfação com as condições de trabalho, nomeadamente quando são transferidos para postos de trabalho que têm uma conotação negativa por estarem associados a tarefas para trabalhadores com redução de capacidade de produção. Cabe também à entidade patronal, um correto encaminhamento das pessoas que demonstre valorização dos profissionais com DP que são, normalmente, quem está há mais tempo na empresa e, por isso, detém grande *know how* na sua área de atuação. Acrescenta-se, também, que a entidade patronal deve tentar compreender o

ponto de vista dos seus trabalhadores, e que no caso de trabalhadores ativos com DP um dos maiores receios é a incerteza sobre o agravamento da sua condição e a deterioração das suas capacidades, e estes fenómenos interferem com a sua realização profissional e pessoal (Sousa et al., 2005). A estas incertezas, acrescenta-se o receio sobre o seu futuro profissional e financeiro, referido também por muitos dos participantes. Temem não conseguir arranjar outro emprego mais adaptado às suas preferências, por estarem “danificados”, ou seja, se perderem o atual, ou deixarem de ser capazes de executar as suas funções, ficarão numa situação financeira desfavorável. Estes resultados são semelhantes aos encontrados em estudos relacionados com a dor crónica musculoesquelética e o seu impacto profissional e financeiro, quer em relação à perda de confiança nas capacidades do próprio, quer no desenvolvimento de novos quadros de depressão e ansiedade (Garcia et al., 2013; Grant et al., 2019; Sousa et al., 2005). A percentagem de incapacidade aparenta expressar mais do que um número, criando um “rótulo” de incapacidade vitalícia associada a uma parte do corpo da pessoa com DP.

Os resultados das entrevistas também exibem características sobre as quais não foi possível encontrar correspondência, após extensa revisão da literatura. Primeiramente, e de uma forma generalizada, as declarações feitas pelos participantes demonstram um reduzido grau de conhecimento sobre o próprio processo de DP musculoesquelética. O reconhecimento dos sintomas (dores, parestesias, perdas de força, etc.), foi feito inicialmente pelos participantes que podem, ou não, ter tido apoio no encaminhamento para o Departamento das Doenças Profissionais através do Médico de Medicina do Trabalho do seu local de trabalho. Contudo, os participantes relataram várias visitas ao posto médico da empresa, assim como tentativas de aceder a serviços médicos (centros de saúde). Este padrão encontra-se também descrito noutros estudos que apresentam uma população com dor crónica que recorre frequentemente a serviços de saúde e apresenta fatores como dor de intensidade moderada a intensa, *stress* psicológico e níveis socioeconómicos desfavoráveis (Azevedo et al., 2013).

Os participantes referem frustração e sentimentos de injustiça relacionados com a percentagem de incapacidade atribuída pela Junta Médica face aos sintomas percebidos pelos próprios. Para situações de incapacidade referente a acidentes de trabalho, está amplamente descrito na literatura que é possível melhorar a qualidade de vida e minimizar o impacto emocional se as pessoas se sentirem de alguma forma envolvidas no processo de justiça pela sua lesão, ou se conseguirem expressar as suas perspetivas e sentimentos, e/ou se estiverem envolvidas no processo de tomada de decisão sobre a sua condição de saúde (Elbers et al., 2013; Gopinath et al., 2022; Lee et al., 2022).

A falta de comunicação e clareza do processo para com as pessoas com DP despoleta alguns sentimentos de desamparo, desconfiança e revolta para com o próprio processo de diagnóstico de DP e os seus intervenientes. Estes sentimentos são reforçados quando os participantes são chamados para as Juntas Médicas, pelas quais esperam (na sua maioria) entre

dois e três anos, e se deparam com uma equipa médica que não esclarece nem informa, antes fortalece a crença de que o fator de maior peso para a tomada de decisão da percentagem de incapacidade é o exame complementar de diagnóstico apresentado pelos participantes. Parece ocorrer, em cada fase do processo de diagnóstico de DP, uma valorização excessiva dos exames complementares de diagnóstico em detrimento dos sintomas, o que reforça em muitos casos, crenças desajustadas da pessoa sobre a sua condição de saúde. Isto torna-se prejudicial para as pessoas com condições musculoesqueléticas por dois motivos, por um lado as crenças desajustadas e mal adaptativas das pessoas com dor representam um dos aspetos mais relevantes para o desenvolvimento de dor crónica, e por outro lado condicionam o processo de reabilitação de forma negativa (Bonfim et al., 2021; Sugano et al., 2020). A literatura demonstra, ainda, que nem todas as alterações que são descritas nos exames complementares de diagnóstico se traduzem efetivamente em sintomatologia dolorosa. Por exemplo, no estudo de Silva et al, envolvendo pessoas com osteoartrose bilateral do joelho, não foram encontradas diferenças nos resultados do Raio-X, nem na temperatura do joelho entre os participantes com joelhos sintomáticos e os participantes com os joelhos assintomáticos, indicando que o exame complementar de diagnóstico não pode servir de comprovativo para a presença de sintomatologia (Silva et al., 2021). As equipas multidisciplinares que fazem o acompanhamento das pessoas com DP têm um papel preponderante nos sentimentos e crenças desenvolvidas pelos participantes, na medida em que podem validar as suas experiências de dor e desenvolver um significado em redor das alterações estruturais expressas no exame complementar de diagnóstico apresentado (Bonfim et al., 2021; King et al., 2018). Este fenómeno de atribuição de significado às alterações estruturais presentes nos exames complementares é, normalmente, acompanhado pela construção de um esquema cognitivo de estratégias passivas, como é exemplo o repouso, justificado para “não desgastar mais a articulação” (Mills et al., 2019). No seu conjunto, levam a pessoa com DP a adotar comportamentos que não só não a beneficiam, como também desenvolvem uma relação de dependência com os profissionais de saúde e com o uso de medicação de forma desregulada, torna-se incapacitante e num obstáculo à reabilitação, tal como ocorre em pessoas com dor crónica (Rainville et al., 2011).

A maioria dos participantes deste estudo interpretou a sua dor como resultado de uma, ou mais, alterações nas estruturas e funções corporais decorrentes do mau funcionamento do corpo ou “desgaste” decorrente da sua função laboral, tal como amplamente descrito na literatura referente às pessoas com dor crónica (Câmara et al., 2012; Caneiro et al., 2021). E, tal como foi referido anteriormente, estas crenças contribuem de forma negativa para o seu bem-estar e perceção de capacidade para as tarefas domésticas e laborais. A diminuição da participação em atividades da vida diária e sensação de estar a “falhar” para consigo mesmos e para com os outros aparenta ser algo muito presente nas pessoas com DP. Resultados semelhantes foram encontrados nas pessoas com dor crónica que apresentam baixa autoestima, promovendo o aparecimento de ansiedade e depressão que, por sua vez, contribuem para intensificar a dor, originando um ciclo vicioso (Nieminen et al., 2021; Stevans et al., 2021; Ye et al., 2017).

Globalmente, os participantes afirmaram que desconheciam medidas e apoios para fazer uma melhor gestão da sua condição clínica. Isto vai de encontro também aos elevados valores obtidos no questionário de catastrofização, nomeadamente na componente desvalorização de recursos na gestão da experiência da dor. Mais, sugere que não estão a ser feitos esforços por parte dos profissionais de saúde no sentido de capacitar estas pessoas, nomeadamente no âmbito da Fisioterapia. O que é referido pelos participantes sugere um modelo de atuação biomédica. Neste modelo, o utente tende a ter um papel mais passivo e o profissional baseia a sua atuação na identificação de uma “anomalia estrutural” para a qual é aplicada uma terapêutica (Brinjikji et al., 2015). Este modelo, encontra-se obsoleto e tem consequências negativas para as pessoas que recebem cuidados baseados nele (Waddell, 2006). O modelo biomédico está desatualizado por não respeitar a relação complexa da doença, deixando de parte os fatores pessoais, sociais, psicológicos e profissionais (Sharma et al., 2020). O modelo biopsicossocial, é um modelo atual alternativo, que tem por base a individualização do cuidado de saúde, alinhada com o objetivo comum de aumentar a participação da pessoa (Morera-Balaguer et al., 2023; Svanholm et al., 2020). Recomenda-se a diminuição da ênfase nas alterações estruturais presentes em exames complementares, e uma atenção redobrada na forma como é feita a comunicação com a pessoa com dor para não promover crenças desajustadas em relação ao funcionamento do seu corpo (Morera-Balaguer et al., 2023; Nielsen et al., 2022; Waddell, 2006).

À semelhança do que foi referido pelos participantes ao nível da atuação médica, também nas sessões de fisioterapia, os fisioterapeutas adotaram estratégias de tratamento não suportadas pela evidência, promovendo descontentamento, sensações de desapego e baixos índices de motivação para a mudança de hábitos/pensamentos. Estes resultados vão de encontro ao que foi descrito na literatura sobre a influência da relação terapêutica entre o profissional de saúde e a pessoa com dor, das características do espaço, do atendimento e da organização do serviço de saúde prestado (Morera-Balaguer et al., 2023; Svanholm et al., 2020). Outras questões que levam à diminuição da qualidade da relação fisioterapeuta-utente referidas pelos participantes são os protocolos e formato de organização de trabalho de cada clínica, nos quais pode ocorrer rotação do fisioterapeuta que está a acompanhar o utente, e/ou o tempo que o fisioterapeuta tem disponível para o tratamento ser reduzido. As políticas das clínicas de fisioterapia podem limitar a atuação do fisioterapeuta caso tenham protocolos que incentivam à realização de sessões através de prescrição e/ou em “massa” (nas quais um fisioterapeuta executa vários tratamentos a diferentes utentes por hora). Há uma diminuição na liberdade de atuação com impacto na abordagem terapêutica e no tempo disponível para cada utente, o que afeta a satisfação das pessoas que recebem os tratamentos (Hudon et al., 2018). Não só é urgente repensar este tipo de protocolos implementados em muitos locais de saúde, como também pôr em prática o modelo bio-psico-social em todas as tipologias de serviços de saúde. No caso particular da Fisioterapia, recorrendo primeiramente a uma avaliação individual em que é obrigatório extrair informação sobre a visão que o individuo tem da sua própria condição clínica e de como esta visão interfere com o seu dia-a-dia (Kornhaber et al.,

2016). Para tal, é necessário desenvolver técnicas de comunicação, que passam pela escuta ativa da pessoa com dor para poder compreender as suas preocupações e expressar também as suas novas responsabilidades na sua recuperação. Só depois de uma avaliação detalhada e centrada na pessoa, é possível definir estratégias de intervenção ajustadas com base na evidência científica, incluindo a educação para a saúde (Kornhaber et al., 2016).

#### 4.1. Limitações do estudo

A análise da entrevista executada pela própria entrevistadora, condiciona o estudo e análise de conteúdos das entrevistas transcritas, porque esta sabe a forma como foi dita cada palavra e a entoação, emoção e silêncios que encontrou são também uma forma de comunicação que pode influenciar a análise dos dados.

Este estudo apresenta limitações relativas à sua amostra, no que concerne a representatividade das diferentes faixas etárias, de género e nos aspectos culturais, assim como geográficos, visto que as entrevistas foram todas realizadas com participantes do mesmo distrito.

#### 4.2. Implicações para a prática clínica e investigação

Este estudo demonstra a perspetiva mais importante para o profissional da área da saúde – a da pessoa com DP e dor. Particularmente, no caso da Fisioterapia, os resultados deste estudo questionam os protocolos obsoletos, a organização do trabalho em contextos de atendimento em “massa”, a prática desatualizada e não informada pela evidência. Chama, ainda, a atenção para a importância da linguagem em saúde e a visão da pessoa com dor.

É necessária mais informação e mais estudos qualitativos sobre esta população e sobre a população com dor crónica, porque representa uma grande percentagem da população que recorre a serviços de saúde, e corresponde à maior parte dos atendimentos em Fisioterapia.

## **5. CONCLUSÕES**

O estudo teve como objetivo caracterizar o processo de diagnóstico de DP musculoesquelética na perspectiva dos trabalhadores e identificar as suas crenças, preocupações e necessidades em termos de cuidados de saúde em geral e fisioterapia em particular.

Neste estudo foi possível determinar quais os conceitos com maior significado para os indivíduos, nomeadamente o tempo de espera da DP, o impacto da DP na vida diária (pessoal, familiar e laboral) e as suas experiências com os vários serviços médicos e de fisioterapia.

Os resultados sublinham a necessidade de repensar a atuação dos profissionais de saúde nos seus vários ramos, demonstrando que apesar de não ser um conceito recente, ainda não são aplicadas as linhas orientadoras de uma intervenção centrada na pessoa.

É necessária mais informação e mais estudos sobre esta população, porque representa uma grande percentagem da população adulta que parece não estar a receber os melhores cuidados.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- ACT - Autoridade para as Condições do trabalho. (2020). *Relatório Atividade de Inspeção do Trabalho - Relatório 2019*. 158. [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Relatorio\\_AI\\_2012.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Relatorio_AI_2012.pdf)
- Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação* (2nd ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Andias, R., & Silva, A. G. (2020). Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the European Portuguese Version of the Central Sensitization Inventory in Adolescents With Musculoskeletal Chronic Pain. *Pain Practice : The Official Journal of World Institute of Pain*, 20(5), 480–490. <https://doi.org/10.1111/papr.12875>
- Antunes, F., Pereira, R. M., Afonso, V., & Tinoco, R. (2021). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain and Therapy*, 10(2), 1427–1437. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2007). Questionários sobre dor crónica. *Dor*, 15(4), 1–57. [http://www.aped-dor.org/images/revista\\_dor/pdf/2007/n4.pdf](http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007/n4.pdf)
- Azevedo, L., da Costa Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., Patto, T., Vaz, S., Abrunhosa, R., CJ, C., MC, C., Correia, D., Coucelo, G., Craveiro, B., MC, L., Silva, B., & Castro Lopes, J. (2008). *Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica*. 6–56.
- Azevedo, L., da Costa Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., & Castro Lopes, J. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *Journal of Pain*, 13(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2013). Chronic pain and health services utilization: is there overuse of diagnostic tests and inequalities in nonpharmacologic treatment methods utilization? *Medical Care*, 51(10), 859–869. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a53e4e>
- Bergström, K. G., Jensen, I. B., Linton, S. J., & Nygren, Å. L. (1999). A psychometric evaluation of the Swedish version of the Multidimensional Pain Inventory (MPI-S): a gender differentiated evaluation. *European Journal of Pain (London, England)*, 3(3), 261–273. <https://doi.org/10.1053/eujp.1999.0128>
- Blyth, F. M., Briggs, A. M., Schneider, C. H., Hoy, D. G., & March, L. M. (2019). The global burden of musculoskeletal pain—where to from here? *American Journal of Public Health*, 109(1), 35–



40. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304747>

Bonfim, I. da S., Corrêa, L. A., Nogueira, L. A. C., Meziat-Filho, N., Reis, F. J. J., & de Almeida, R. S. (2021). 'Your spine is so worn out' – the influence of clinical diagnosis on beliefs in patients with non-specific chronic low back pain – a qualitative study'. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 25(6), 811–818. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.07.001>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

Brinjikji, W., Luetmer, P. H., Comstock, B., Bresnahan, B. W., Chen, L. E., Deyo, R. A., Halabi, S., Turner, J. A., Avins, A. L., James, K., Wald, J. T., Kallmes, D. F., & Jarvik, J. G. (2015). Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *American Journal of Neuroradiology*, 36(4), 811–816. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>

Câmara, A. M. C. S., Gomes, M. G. P., Pena, B. C., Silva, A. P. da, Oliveira, K. M. de, Moraes, A. P. de S., Coelho, G. R., & Victorino, L. R. (2012). Significados e Valores da Educação em Saúde Meanings and Values in Health Education. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 40–50.

Caneiro, J. P., Bunzli, S., & O'Sullivan, P. (2021). Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 25(1), 17–29. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2020.06.003>

Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais. (2008). *Tabela Nacional De Incapacidades ( Tni )*. 1–172. [http://www.spot.pt/media/64876/tabela\\_nacional\\_incapacidades.pdf](http://www.spot.pt/media/64876/tabela_nacional_incapacidades.pdf)

Chapman, C. R., & Vierck, C. J. (2016). The Transition of Acute Postoperative Pain to Chronic Pain: An Integrative Overview of Research on Mechanisms. *American Pain Society*, 1–38.

Clark, J. R., Goodwin, P. C., & Yeowell, G. (2019). Exploring the pre-morbid contexts in which central sensitisation developed in individuals with non-specific chronic low back pain. A qualitative study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 23(6), 516–526. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.10.012>

Cotter, M. J. B., Oiveira, M., & Antunes, F. (2017). Abordagem Clínica da Dor: Expectativas e Comportamentos. *Dor, APED*, 25(1), 28–34.

Dahlhamer, J., Lucas, J., Zelaya, C., Nahin, R., Mackey, S., DeBar, L., Kerns, R., Von Korff, M., Porter, L., & Helmick, C. (2018). Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States, 2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(36), 1001–1006. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6736a2>

- Dance, C., DeBerard, M. S., & Cuneo, J. G. (2017). Pain acceptance potentially mediates the relationship between pain catastrophizing and post-surgery outcomes among compensated lumbar fusion patients. *Journal of Pain Research*, *10*, 65–72.  
<https://doi.org/10.2147/JPR.S122601>
- Darlow, B., Dowell, A., Baxter, D. G., Mthieson, F., Perry, M., & Dean, S. (2013). The Enduring Impact Of What Clinicians Say to People With Low Back Pain. *AJC*, *11*(6), 527–534.  
<https://doi.org/10.1370/afm.1518.INTRODUCTION>
- Darnall, B. D., Sturgeon, J. A., Cook, K. F., Taub, C. J., Roy, A., Burns, J. W., Sullivan, M., & Mackey, S. C. (2017). Development and Validation of a Daily Pain Catastrophizing Scale. *J Pain*, *18*(9), 1139–1149. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.05.003.Development>
- Decreto Lei nº.98/2009 de 4 de Setembro, seção II “Delimitação do acidente de trabalho”, artigo 8º, (2009).
- Decreto Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto de 2003, Artigo 59.º - Direitos dos trabalhadores, (2003).
- Dinapoli, E. A., Craine, M., Dougherty, P., Gentili, A., Kochersberger, G., Morone, N. E., Murphy, J. L., Rodakowski, J., Rodriguez, E., Thielke, S., & Weiner, D. K. (2016). Deconstructing chronic low back pain in the older adult – step by step evidence and expert-based recommendations for evaluation and treatment. Part V: Maladaptive coping. *Pain Medicine (United States)*, *17*(1), 64–73. <https://doi.org/10.1093/pm/pnv055>
- Dionísio, G. H., Salermo, V. Y., & Padilha, A. (2020). Central sensitization and beliefs among patients with chronic pain in a primary health care unit. *Brazilian Journal Of Pain*, *3*(1), 42–47.  
<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200010>
- Domenichiello, A. F., & Ramsden, C. E. (2019). The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *93*, 284–290.  
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.04.006>
- El-Shormilisy, N., Strong, J., & Meredith, P. J. (2015). Associations among gender, coping patterns and functioning for individuals with chronic pain: A systematic review. *Pain Research and Management*, *20*(1), 48–55. <https://doi.org/10.1155/2015/490610>
- Elbers, N. A., Akkermans, A. J., Cuijpers, P., & Bruinvels, D. J. (2013). Procedural justice and quality of life in compensation processes. *Injury*, *44*(11), 1431–1436.  
<https://doi.org/10.1016/j.injury.2012.08.034>
- Evers, S., Hsu, C., Sherman, K. J., Balderson, B., Hawkes, R., Brewer, G., La Porte, A. M., Yeoman, J., & Cherkin, D. (2017). Patient Perspectives on Communication with Primary Care Physicians about Chronic Low Back Pain. *The Permanente Journal*, *21*, 1–5.  
<https://doi.org/10.7812/TPP/16-177>

- Fregoso, G., Wang, A., Tseng, K., & Wang, J. (2019). Transition from Acute to Chronic Pain: Evaluating Risk for Chronic Postsurgical Pain. *Pain Physician, 22*(5), 479–488.
- Garcia, B. T., Vieira, E. B. M., & Garcia, J. B. S. (2013). Relação entre dor crônica e atividade laboral em pacientes portadores de síndromes dolorosas. *Revista Dor, 14*(3), 204–209. <https://doi.org/10.1590/s1806-00132013000300011>
- Global Burden of Disease Study 2017*. (2017). file:///C:/Users/Harrison/AppData/Local/Mendeley Ltd./Mendeley Desktop/Downloaded/Unknown - 2017 - Global Burden of Disease Study 2017.pdf
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a Global Public Health Priority. *BMC Public Health, 11*(770), 1–5.
- Gopinath, B., Jagnoor, J., Kifley, A., Pozzato, I., Craig, A., & Cameron, I. D. (2022). Health literacy and recovery following a non-catastrophic road traffic injury. *BMC Public Health, 22*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13707-7>
- Grant, M., O-Beirne-Elliman, J., Froud, R., Underwood, M., & Seers, K. (2019). The work of return to work. Challenges of returning to work when you have chronic pain: A meta-ethnography. *BMJ Open, 9*(6), 1–14. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025743>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods, 18*(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Halicka, M., Duarte, R., Catherall, S., Maden, M., Coetsee, M., Wilby, M., & Brown, C. (2022). Systematic Review and Meta-Analysis of Predictors of Return to Work After Spinal Surgery for Chronic Low Back and Leg Pain. *Journal of Pain, 23*(8), 1318–1342. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.02.003>
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science and Medicine, 292*, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Hudon, A., Hunt, M., & Ehrmann Feldman, D. (2018). Physiotherapy for injured workers in Canada: Are insurers' and clinics' policies threatening good quality and equity of care? Results of a qualitative study. *BMC Health Services Research, 18*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3491-1>
- Imai, R., Konishi, T., Mibu, A., Tanaka, K., & Nishigami, T. (2021). Effect of pain neuroscience education and exercise on presenteeism and pain intensity in health care workers: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health, 63*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12277>

- International Association for the Study of Pain Terminology Working Group. (2020). IASP Revises Its Definition for the First Time Since 1979. *International Association for the Study of Pain*, 4. <http://186.42.188.158:8090/guias/TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLOGICO EN ADULTOS.pdf>
- Jelsness-Jørgensen, L. P., Moum, B., Grimstad, T., Jahnsen, J., Opheim, R., Prytz Berset, I., Hovde, Ø., Torp, R., Frigstad, S. O., Huppertz-Hauss, G., & Bernklev, T. (2016). Validity, reliability, and responsiveness of the brief pain inventory in inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2016(Cd), 1–10. <https://doi.org/10.1155/2016/5624261>
- Jones, A. M., Koehoorn, M., Bültmann, U., & McLeod, C. B. (2021). Impact of anxiety and depression disorders on sustained return to work after work-related musculoskeletal strain or sprain: A gender-stratified cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 47(4), 296–305. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3951>
- Kääriä, S., Laaksonen, M., Rahkonen, O., Lahelma, E., & Leino-Arjas, P. (2012). Risk factors of chronic neck pain: A prospective study among middle-aged employees. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 16(6), 911–920. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2011.00065.x>
- Kerr, S., Fairbrother, G., Crawford, M., Hogg, M., Fairbrother, D., & Khor, K. E. (2004). *Patient characteristics and quality of life among a sample of Australian chronic pain clinic attendees. January*. <https://doi.org/10.1111/j.1444-0903.2004.00627.x>
- Kindler, L. L., Jones, K. D., Perrin, N., & Bennett, R. M. (2010). Risk factors predicting the development of widespread pain from chronic back or neck pain. *J Pain*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.03.007>.Risk
- King, R., Robinson, V., Elliott-Button, H. L., Watson, J. A., Ryan, C. G., & Martin, D. J. (2018). Pain reconceptualisation after pain neurophysiology education in adults with chronic low back pain: A qualitative study. *Pain Research and Management*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/3745651>
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J., & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: An integrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 537–546. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S116957>
- Kroenke, K., Wu, J., Bair, M. J., Krebs, E. E., Damush, T. M., & Tu, W. (2011). Reciprocal Relationship between Pain and Depression: A 12- Month Longitudinal Analysis in Primary Care. *J Pain*, 12(9), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.03.003>.Reciprocal
- Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., Kleef, M. V., & Patijn, J. (2004). *Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain , than with pain intensity Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain , than with pain intensity*. 9(2005).

<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.02.006>

- Langley, P., Miller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Liedgens, H., Pergolizzi, J., & Varrassi, G. (2010). The impact of pain on labor force participation, absenteeism and presenteeism in the European Union. *Journal of Medical Economics*, 13(4), 662–672. <https://doi.org/10.3111/13696998.2010.529379>
- Lee, W. T., Lim, S. S., Kim, M. S., Baek, S. U., Yoon, J. H., & Won, J. U. (2022). Analyzing decline in quality of life by examining employment status changes of occupationally injured workers post medical care. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 34(1), 1–10. <https://doi.org/10.35371/aoem.2022.34.e17>
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy*, 91(5), 700–711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>
- Macpherson, R. A., Lane, T. J., Collie, A., & McLeod, C. B. (2018). Age, sex, and the changing disability burden of compensated work-related musculoskeletal disorders in Canada and Australia. *BMC Public Health*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5590-7>
- Mayer, T., Neblett, R., Cohen, H., Howard, K., Choi, Y., Williams, M., Perez, Y., & Gatchel, R. (2012). CSI central sensitivity inventory. *Bone*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2011.00493.x>.The
- McParland, J. L., Andrews, P., Kidd, L., Williams, L., & Flowers, P. (2021). A scoping review to ascertain the parameters for an evidence synthesis of psychological interventions to improve work and wellbeing outcomes among employees with chronic pain. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 25–47. <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1863809>
- Mills, S. E. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), e273–e283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
- Morera-Balaguer, J., Martínez-González, M. <sup>a</sup>C, Río-Medina, S., Zamora-Conesa, V., Leal-Clavel, M., Botella-Rico, J. M., Leirós-Rodríguez, R., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2023). The influence of the environment on the patient-centered therapeutic relationship in physical therapy: a qualitative study. *Archives of Public Health*, 81(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01064-9>
- Morlion, B., Coluzzi, F., Aldington, D., Kocot-Kepska, M., Pergolizzi, J., Mangas, A. C., Ahlbeck, K., & Kalso, E. (2018). Pain chronification: what should a non-pain medicine specialist know? *Current Medical Research and Opinion*, 34(7), 1169–1178. <https://doi.org/10.1080/03007995.2018.1449738>
- Neblett, R., Cohen, H., Choi, Y., Hartell, M., Williams, M., & Mayer, T. (2013). Identifying Central

- Sensitivity Syndromes in an. *J Pain.*, 14(5), 438–445.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.11.012>.THE
- Nielsen, S. S., Skou, S. T., Larsen, A. E., Bricca, A., Søndergaard, J., & Christensen, J. R. (2022). The Effect of Occupational Engagement on Lifestyle in Adults Living with Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Occupational Therapy International*, 2022.  
<https://doi.org/10.1155/2022/7082159>
- Nieminen, L. K., Pyysalo, L. M., & Kankaanpää, M. J. (2021). Prognostic factors for pain chronicity in low back pain: a systematic review. *PAIN Reports*, 6(1), e919.  
<https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000919>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal*.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). Cuidados inovadores para condições crônicas. In *Relatório Mundial/Organização Mundial Da Saúde*. [https://doi.org/ISBN 9241590173](https://doi.org/ISBN%209241590173)
- Orhan, C., Van Looveren, E., Cagnie, B., Mukhtar, N. B., Lenoir, D., & Meeus, M. (2018). Are pain beliefs, cognitions, and behaviors influenced by race, ethnicity, and culture in patients with chronic musculoskeletal pain: A systematic review. *Pain Physician*, 21(6), 541–558.  
<https://doi.org/10.36076/ppj.2018.6.541>
- Oyake, K., Yamauchi, K., Inoue, S., Sue, K., Ota, H., Ikuta, J., Ema, T., Ochiai, T., Hasui, M., Hirata, Y., Hida, A., Yamamoto, K., Kawai, Y., Shiba, K., Atsumi, A., Nagafusa, T., & Tanaka, S. (2023). A multicenter explanatory survey of patients' and clinicians' perceptions of motivational factors in rehabilitation. 1–9. <https://doi.org/10.1038/s43856-023-00308-7>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição Para O Estudo Da Adaptação Portuguesa Das Escalas De Ansiedade , Depressão E Stress ( Eads ) De 21 Itens De Lovibond E Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*.
- Rainville, J., Smeets, R. J. E. M., Bendix, T., Tveito, T. H., Poiraudreau, S., & Indahl, A. J. (2011). Fear-avoidance beliefs and pain avoidance in low back pain--translating research into clinical practice. *The Spine Journal : Official Journal of the North American Spine Society*, 11(9), 895–903. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2011.08.006>

- Rosenberg, G., Zion, S. R., Shearer, E., Bereknyei Merrell, S., Abadilla, N., Spain, D. A., Crum, A. J., & Weiser, T. G. (2020). What constitutes a “successful” recovery? Patient perceptions of the recovery process after a traumatic injury. *Trauma Surgery and Acute Care Open*, *5*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2019-000427>
- Salvetti, M. de G., & Pimenta, C. A. de M. (2007). Chronic pain and the belief in self-efficacy. *Revista Da Escola de Enfermagem*, *41*(1), 135–140. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000100018>
- Setchell, J., Costa, N., Ferreira, M., Makovey, J., Nielsen, M., & Hodges, P. W. (2017). Individuals’ explanations for their persistent or recurrent low back pain: A cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *18*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1831-7>
- Sharma, S., Traeger, A. C., Reed, B., Hamilton, M., O’Connor, D. A., Hoffmann, T. C., Bonner, C., Buchbinder, R., & Maher, C. G. (2020). Clinician and patient beliefs about diagnostic imaging for low back pain: a systematic qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*, *10*(8), e037820. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037820>
- Shaygan, M., & Yazdanpanah, M. (2020). Prevalence and predicting factors of chronic pain among workers of petrochemical and petroleum refinery plants. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *11*(1), 3–14. <https://doi.org/10.15171/ijocem.2020.1632>
- Shepherd, M., Louw, A., & Podolak, J. (2020). The clinical application of pain neuroscience, graded motor imagery, and graded activity with complex regional pain syndrome—A case report. *Physiotherapy Theory and Practice*, *36*(9), 1043–1055. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1548047>
- Silva, J. A., & Ribeiro-Filho, N. P. (2011). *A dor como um problema psicofísico*. *12*(2), 138–151.
- Silva, N., Anjos, R. L. dos, Santana, M. M. C., Battistella, L. R., & Alfieri, F. M. (2021). Discordance between radiographic findings, pain, and superficial temperature in knee osteoarthritis. *Reumatologia*, *58*(6), 375–380. <https://doi.org/10.5114/REUM.2020.102002>
- Sousa, J., Silva, C., Pacheco, E., Moura, M., Araújo, M., & Fabela, S. (2005). Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal Impactos nos Trabalhadores e Famílias. *CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia*.
- Stevans, J. M., Delitto, A., Khoja, S. S., Patterson, C. G., Smith, C. N., Schneider, M. J., Freburger, J. K., Greco, C. M., Freel, J. A., Sowa, G. A., Wasan, A. D., Brennan, G. P., Hunter, S. J., Minick, K. I., Wegener, S. T., Ephraim, P. L., Friedman, M., Beneciuk, J. M., George, S. Z., & Saper, R. B. (2021). Risk Factors Associated With Transition From Acute to Chronic Low Back Pain in US Patients Seeking Primary Care. *JAMA Network Open*, *4*(2), e2037371. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37371>

- Stewart, M., & Loftus, S. (2018). Sticks and stones: The impact of language in musculoskeletal rehabilitation. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, *48*(7), 519–522. <https://doi.org/10.2519/jospt.2018.0610>
- Sugano, R., Ikegami, K., Ando, H., Nozawa, H., Michii, S., Kondo, M., Imoto, H., Shima, A., Kawatsu, Y., Fujino, Y., & Ogami, A. (2020). The relationship between fear-avoidance beliefs in employees with chronic musculoskeletal pain and work productivity: A longitudinal study. *Journal of UOEH*, *42*(1), 13–26. <https://doi.org/10.7888/JUOEH.42.13>
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. *Psychological Assessment*, *7*(4), 524–532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Svanholm, F., Liedberg, G. M., Löfgren, M., & Björk, M. (2020). Factors of importance for return to work, experienced by patients with chronic pain that have completed a multimodal rehabilitation program—a focus group study. *Disability and Rehabilitation*, *44*(5), 736–744. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1780479>
- Tchir, D. R., & Szafron, M. L. (2020). Occupational Health Needs and Predicted Well-Being in Office Workers Undergoing Web-Based Health Promotion Training: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(5). <https://doi.org/10.2196/14093>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Varallo, G., Giusti, E. M., Manna, C., Castelnuovo, G., Pizza, F., Franceschini, C., & Plazzi, G. (2022). Sleep disturbances and sleep disorders as risk factors for chronic postsurgical pain: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, *63*, 101630. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101630>
- Vinstrup, J., Sundstrup, E., & Andersen, L. L. (2021). Psychosocial stress and musculoskeletal pain among senior workers from nine occupational groups: Cross-sectional findings from the SeniorWorkingLife study. *BMJ Open*, *11*(3), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043520>
- Waddell, G. (2006). Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *British Medical Bulletin*, *77–78*(1), 55–69. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldl008>
- Ye, S., Jing, Q., Wei, C., & Lu, J. (2017). Risk factors of non-specific neck pain and low back pain in computer-using office workers in China: A cross-sectional study. *BMJ Open*, *7*(4), 9–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014914>



## Anexos

### Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro



PARECER 69-CED/2022

## CONSELHO DE ÉTICA E DEONTOLOGIA

### Comissão Permanente para os Assuntos de Investigação (CPAI)

Parecer nº: 69-CED/2022

Data de submissão: 28 de novembro de 2022

Requerente: Inês Alexandra Rebelo Diogo

Título do Projeto: Processo de diagnóstico de doença profissional musculoesquelética: um estudo qualitativo sobre a perspetiva dos trabalhadores

Investigador responsável: Inês Alexandra Rebelo Diogo, aluna no Mestrado em Fisioterapia Músculo-Esquelética, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Equipa de Investigação:

- Inês Alexandra Rebelo Diogo, aluna no Mestrado em Fisioterapia Músculo-Esquelética; Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

- Anabela G. Silva, Professora Adjunta com Agregação; CINTESIS.UA@RISE e Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Enquadramento Institucional: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

### I. Relatório

O processo encontra-se bem instruído, contendo informação no que respeita a:

**Descrição do projeto de investigação e respetivos objetivos** – “O objetivo do presente estudo é caracterizar o processo de diagnóstico de doença profissional musculoesquelética na perspetiva dos trabalhadores ativos e identificar as suas preocupações e necessidades em termos de cuidados de saúde em geral e fisioterapia em particular”. Trata-se de um estudo qualitativo que irá recorrer a entrevistas individuais semi-estruturadas que pretendem recolher o testemunho de trabalhadores com as características acima elencadas; serão adotadas diretrizes internacionais sobre este tipo de estudo. Será ainda utilizado um conjunto de questionários que visam recolher “dados referentes à dor, incapacidade, sintomas de sensibilização central, ansiedade e depressão, e catastrofização”. Será ainda recolhida informação em várias dimensões relevantes para o projeto com vista à caracterização da amostra em vários. Identifica-se ainda que o projeto se insere no âmbito da dissertação da Mestranda Inês Alexandra Rebelo Diogo (Mestrado em Fisioterapia Músculo-Esquelética), sob orientação da Professora Anabela G. Silva.

**Amostra** – O tamanho da amostra “será decidido em função da saturação da informação (saturação teórica)”, sendo ainda indicado um número médio de 12 entrevistas para este tipo de estudos. São descritos os procedimentos que determinarão o tamanho final da amostra.

**Metodologia** – O estudo depreende dois momentos. No primeiro momento a investigadora responsável apresenta o estudo aos potenciais participantes, e solicita o seu consentimento. Adicionalmente, os participantes responderão a um conjunto de questionários que

pretendem avaliar um conjunto de indicadores relevantes para o trabalho, nomeadamente o “Inventário Reduzido da Dor”, o “Inventário da Sensibilização Central”, a “Escala de Ansiedade e Depressão de 21 itens” e a “Escala de Catastrofização”. Num momento posterior, serão realizadas entrevistas individuais com os participantes de acordo com um guião pré-definido e submetido pela requerente. As entrevistas serão depois transcritas, anonimizadas e o seu conteúdo analisado qualitativamente. Os resultados serão retidos e analisados com cuidados que pretendem garantir a privacidade e a confidencialidade dos participantes. Ambas as entrevistas, assim como a recolha das respostas aos questionários, irão decorrer em formato online.

**Questões éticas:** As recolhas de dados serão precedidas pela obtenção do consentimento informado dos participantes que aborda questões relevantes do ponto de vista ético (e.g., participação voluntária, a possibilidade de desistência em qualquer altura, a proteção e anonimização dos dados recolhidos, potenciais benefícios e riscos).

**Investigador responsável e sua equipa:** Foi identificada a aluna de mestrado responsável pela execução do projeto e a docente envolvida no projeto. A orientadora é responsável pelo plano de trabalhos, pela sua gestão e pela aplicação de boas práticas na execução do projeto de investigação.

**Anexos:**

- Parecer favorável ao projeto emitido pelo Coordenador do Polo UA do CINTESIS@RISE;
- Parecer do Encarregado de Proteção de Dados da UA;
- Modelo de consentimento informado a solicitar aos participantes;
- Cópia dos questionários a utilizar e guião de entrevista
- Súmula curricular da docente envolvida no projeto com informação relevante para apreciação do projeto.
- Curriculum vitae resumido (2 páginas) do Investigador Principal
- Tabela de questões éticas associadas ao projeto.

## II. Parecer

### a. Fundamentação

O pedido de parecer relativo ao projeto em causa apresenta-se bem elaborado e fundamentado, assinalando as questões éticas associadas ao seu desenvolvimento.

De acordo com o exposto, o pedido de parecer respeita os princípios de ética neste tipo de estudos, em particular os princípios éticos e deontológicos defendidos na declaração de Helsínquia, assegurando:

1. O consentimento informado dos participantes, anteriormente à recolha de dados, garantindo que os participantes são previamente informados e esclarecidos sobre os pressupostos em que assenta o estudo;
2. A intervenção voluntária dos participantes e a possibilidade de desistência do estudo em qualquer altura, sem que para isso tenha que ser dada qualquer justificação;
3. Que os riscos associados à participação no estudo não são superiores aos riscos associados ao dia-a-dia do participante;

4. Que os dados recolhidos no projeto são analisados pelo requerente com a implementação de um conjunto de medidas que pretendem assegurar a privacidade e a confidencialidade dos participantes (cf. parecer Encarregado de Proteção de dados da Universidade de Aveiro);
5. A não utilização de métodos invasivos.

#### **b. Recomendações**

1. Deverá sempre ser respeitado o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), assim como a legislação europeia relacionada com a investigação em seres humanos, em particular a declaração de Helsínquia.
2. Apesar de ter sido considerado que o procedimento de recrutamento dos participantes assegura que serão cumpridos os requisitos de anonimato e confidencialidade elencados no projeto, recomenda-se especial cuidado na aplicação das medidas adotadas dado que o universo do qual serão recrutados os participantes é consideravelmente limitado.
3. No final do formulário do consentimento informado é solicitado o consentimento (ou não) referente ao tratamento de dados pessoais. Recomenda-se que, seja acrescentado um ponto adicional relativo ao consentimento de participação voluntária no estudo considerando os seus objetivos e procedimentos acima descritos.

#### **c. Conclusão**

**De acordo com o anteriormente referido e com os princípios seguidos por este Conselho, é emitido o seguinte parecer:**

A Comissão Permanente do Conselho de Ética, constituída pelos Relatores, após apreciação da documentação recebida e atendendo aos procedimentos descritos no projeto de investigação, considera que merece parecer favorável a realização do projeto “Processo de diagnóstico de doença profissional musculoesquelética: um estudo qualitativo sobre a perspetiva dos trabalhadores”.

### Plenário CED

Submetido ao CED o respetivo parecer da sua Comissão Permanente, este Conselho, em sua reunião plenária de 18 de janeiro de 2023, por entender que ficam salvaguardadas as exigências éticas inerentes à investigação em seres humanos, aí atentos os princípios da justiça e da autonomia e segurança dos participantes, concorda por unanimidade com o mesmo, em razão do que o ratifica e dá **parecer favorável** à realização do projeto intitulado: “Processo de diagnóstico de doença profissional musculoesquelética: um estudo qualitativo sobre a perspetiva dos trabalhadores”.

### O Presidente do CED

Assinado por: **LUÍS MIGUEL TEIXEIRA DE JESUS**  
Num. de Identificação: 09822604  
Data: 2023.01.19 15:41:45+00'00'

## Anexo 2 - Caderno de Instrumentos



Universidade de Aveiro  
Ano 2022

Escola Superior de Saúde

Processo de diagnóstico de doença profissional musculoesquelética: um estudo qualitativo sobre a perspetiva dos trabalhadores

### PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

Este protocolo destina-se apenas aos participantes do estudo que **PREVIAMENTE:**

- Receberam o documento informativo, aceitaram participar no estudo e assinaram o formulário de consentimento;
- Cumpriram todos os critérios de inclusão.

O tempo de preenchimento dos instrumentos será de cerca de 22 minutos (tabela 1). Por favor, solicite o preenchimento dos seguintes instrumentos, pela ordem indicada, procurando cumprir os tempos sugeridos:

Instrumento	Tempo preenchimento (minutos)
Questionário de caracterização demográfica (A) e clínica (B)	4
Inventário resumido da dor – versão portuguesa (C)	5
Inventário da sensibilização central (D)	5
Escala de Ansiedade e Depressão – 21 itens (E)	5
Escala de Catastrofização (F)	3

Tabela 1 – Instrumentos e tempos de preenchimento.



Processo de diagnóstico de doença profissional musculoesquelética: um estudo qualitativo sobre a  
perspetiva dos trabalhadores

A E B. QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Por favor, responda a cada uma das perguntas de forma apropriada, assinalando com um X a resposta adequada ou preenchendo com a informação solicitada.

**A. Informação demográfica**

**A.1. Sexo (Assinalar apenas uma opção)**

- Feminino
- Masculino

**A.2. Faixa etária**

- 18-25 anos
- 26-30 anos
- 31-35 anos
- 36-40 anos
- 41-45 anos
- 46-50 anos
- 51-55 anos
- 56-60 anos
- 61-65 anos

**A.3. Estado civil**

- Casado(a) / União de facto
- Solteiro(a) / Separado(a) / Divorciado(a) / Viúvo(a)

**A.4. Nível educacional**

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever
- 4ºano de escolaridade
- 6ºano de escolaridade
- 9ºano de escolaridade
- 12ºano de escolaridade
- Bacharelato/Licenciatura
- Outro \_\_\_\_\_

## B. Informação clínica

B.1. Quando lhe foi declarada a doença profissional?

- Menos de 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Entre 10 e 15 anos
- Entre 15 e 20 anos
- Entre 20 e 25 anos
- Mais do que 25 anos

B.2. Já realizou tratamentos de saúde devido à sua Doença Profissional?

- Sim?
- Não

B.3. A que serviços de saúde recorreu? \_\_\_\_\_

---

---

---

B.4. Já esteve de baixa devido à sua Doença Profissional?

- Sim? Quanto tempo ? \_\_\_\_\_
- Não





**7** Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

**8** Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
 Nenhum Alívio  
 alívio completo

**9** Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

**A** Atividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**B** Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**C** Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**D** Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**E** Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**F** Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**G** Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

**Inventário de Sensibilização Central (parte A)**

Por favor, faça um círculo à volta da melhor resposta à direita de cada afirmação.

1. Sinto-me cansado(a) e pouco revigorado quando acordo.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
2. Sinto os meus músculos rijos e doridos.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
3. Tenho ataques de ansiedade.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
4. Ranjo ou cerro os dentes.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
5. Tenho diarreia e/ou prisão de ventre.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
6. Preciso de ajuda para realizar as minhas atividades diárias.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Sou sensível à luz intensa.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8. Canso-me facilmente ao realizar atividades diárias que exigem algum esforço físico.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
9. Sinto dor em todo o corpo.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
10. Tenho dores de cabeça.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
11. Sinto desconforto e/ou ardor quando urino.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
12. Durmo mal.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
13. Tenho dificuldade em concentrar-me.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
14. Tenho problemas de pele como pele seca, comichão ou erupções cutâneas.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
15. O stress agrava os meus sintomas.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
16. Sinto-me triste ou deprimido(a).	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17. Tenho pouca energia.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
18. Tenho tensão muscular no pescoço e ombros.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
19. Tenho dor no maxilar.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
20. Alguns cheiros, como perfumes, fazem-me sentir tonto e enjoado.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
21. Tenho de urinar com frequência.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
22. A noite quando vou dormir sinto as minhas pernas desconfortáveis e inquietas.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
23. Tenho dificuldade em lembrar-me das coisas.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
24. Sofri um trauma em criança.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
25. Tenho dor na região pélvica.	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
					<b>TOTAL:</b>

### Questionário de Sensibilização Central (parte B)

Foi-lhe diagnosticada por um médico algumas das seguintes doenças?

Por favor, indique nas colunas à direita o(s) diagnóstico(s) e respetivo(s) ano(s).

	NÃO	SIM	Ano do Diagnóstico
1. Síndrome das pernas inquietas			
2. Síndrome da fadiga crónica			
3. Fibromialgia			
4. Disfunção temporomandibular (DTM)			
5. Enxaquecas ou cefaleias de tensão			
6. Síndrome do intestino (cólon) irritável;			
7. Sensibilidade química múltipla			
8. Lesão cervical (incluindo o golpe de chicote)			
9. Ansiedade ou Ataques de Pânico			
10. Depressão			

Andias, R. & Silva, AG. (2019). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the European Portuguese version of the Central Sensitization Inventory in adolescents with musculoskeletal chronic pain. Submetido à Pain Practice.

Neblet, R. (2018). The central sensitization inventory: A user's manual. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 1-13  
DOI: 10.1111/jabr.12123.

E. ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – 21 ITENS – VERSÃO PORTUGUESA

<p>Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <i>durante a semana passada</i>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p><i>A classificação é a seguinte:</i>                  0- não se aplicou nada a mim                  1- aplicou-se a mim algumas vezes                  2- aplicou-se a mim de muitas vezes                  3- aplicou-se a mim a maior arte das vezes</p>					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239



Copyright © 1995  
Michael J.L. Sullivan

## PCS

Toda a gente passa por situações de dor em certos momentos da sua vida. Estas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dentes, dores articulares ou dores musculares. As pessoas estão muitas vezes expostas a situações que podem causar dor, tais como doenças, ferimentos, intervenções de dentista ou cirurgias.

Queremos conhecer os pensamentos e sentimentos que tem quando está a sentir dores. Em baixo encontra-se uma lista com treze afirmações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Usando a escala seguinte, por favor indique em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando está com dores.

**0** – Nunca **1** – Ligeiramente **2** – Moderadamente **3** – Bastante **4** – Sempre

### *Quando estou com dores ...*

- 1  Estou constantemente preocupado(a) em saber se a dor terá fim.
- 2  Sinto que não consigo continuar.
- 3  É terrível e penso que nunca mais vai melhorar.
- 4  É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.
- 5  Sinto que já não aguento mais.
- 6  Fico com medo que a dor piore.
- 7  Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas.
- 8  Quero ansiosamente que a dor desapareça.
- 9  Não consigo deixar de pensar nisso.
- 10  Estou sempre a pensar no quanto dói.
- 11  Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe.
- 12  Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.
- 13  Pergunto -me se poderá acontecer algo grave.

## **Apêndice 1 - Análise de conteúdo da entrevistas**

Categoria	Subcategoria	Citações
<p>Descrição do processo de diagnóstico de Doença Profissional</p>	<p>Aparecimento dos sintomas e descrição do processo</p>	<p>“O Dr. mandou-me preencher uns papéis (referindo-se aos pedidos de doença profissional – Segurança social) e enviou lá para as Doenças Profissionais. (...) Fiquei com doença profissional declarada no cotovelo” (P2)</p> <p>“Em 2009, foi a primeira vez que me lembro de ter feito o pedido às doenças profissionais. Nessa altura, sentia muitas dores nos punhos. (...) eu fiz exames,(...) comprovam que tinha qualquer coisa no túnel cárpico e tinha problemas. E foi-me recusado o meu pedido.”(P3)</p> <p>“Então enviei outra vez (referindo-se ao pedido de doença profissional) em 2018. Demorei a fazer um novo pedido porque fiquei tão triste de ter sido indeferido o meu primeiro pedido...então pronto, pedi novamente em 2018, fui a uma junta médica no Porto e mais uma vez foi-me recusado. A dizer que eu não tinha nada...,portanto, eu fiquei um período muito grande para receber a reposta deles, só recebi em 2020” (P3)</p> <p>“ (...) comecei a ter formigueiro nas mãos (...) Aí mandaram-me fazer uns exames, fui fazendo exames à minha conta, até que já tinha tendinites no cotovelo, ombro e pulso, no lado direito, e essas coisas assim.” (P4)</p> <p>“(…) começou por dormência nas mãos, dores...no cotovelo, ombro, cervical, costas... que iam intensificando à medida que os mesmos movimentos eram repetidos ao longo da minha tarefa (referindo-se ao contexto laboral). E aqui isto foi-se acentuando sempre, sempre até que passo noites em que os braços adormecem completamente, tenho formigueiros durante o dia... (...) já há muito tempo. Já lá vão anos...eu comecei a tratar dos documentos (referindo-se ao processo de declaração de doença profissional) já há 3 anos... Este ano fui à junta médica, e já num estado muito avançado...mesmo no limite” (P5)</p> <p>“ Então a dor começou cada vez agravar mais...e já tinha quase 20 anos de casa quando fui ao médico em Aveiro (referindo-se a um médico privado). E as coisas continuaram a agravar, e eu fui fazer exames, onde deu que tinha doenças profissionais.” (P6)</p> <p>“(…) fui o médico da fábrica, que me disse que isto era uma doença profissional. E metemos os papéis relativos só ao ombro. Um ano depois, fui chamada lá acima (referindo-se à junta médica do Porto) e levei os exames. Eu não sabia ao que ia. Cheguei lá, levei os exames e eu entrei no gabinete. O médico pediu-me os exames, analisou e pediu-me para levar o braço atrás das costas, coisa que me custa a fazer...mexeu-me no braço e como faz sempre aqui barulho (referindo-se à crepitação)...nunca ficou bom. Disse-me assim</p>

	<p>“olhe peça à colega lá fora para tirar uma fotocópia dos exames e pode ir embora.” E eu disse-lhe “então é só isto?”, ao que ele respondeu “sim, com o exame que você aqui tem, o que é que quer que eu lhe diga?” e eu disse “que me diga alguma coisa” e ele respondeu “você traz um exame que não deixa dúvidas.”. Pronto, e depois demorou muito tempo a vir a carta a dizer que estava considerado doença profissional...demorou uns 7 meses...” (P7)</p> <p>“ o médico, preencheu os papéis (referindo-se ao pedido de avaliação de doença profissional), assinei e fizemos tudo. Os documentos foram enviados para as doenças profissionais.” (P9)</p> <p>"Há 14 anos começou pela mão direita, os sintomas que eu tinha era como se tivesse aqui um elástico relaxado. A primeira vez que isto me deu, estava eu a cozinhar em casa, dava-me isto e a minha mão virava sem eu fazer nada para isso acontecer. Cada vez que isto acontecia, tinha de voltar a pôr a mão no sítio. Na altura, até tinha medo de pegar em alguma coisa e deixar cair, porque se isto me dava eu ficava sem reação na mão. Ainda andei assim algum tempo, até que depois fui à consulta da medicina do trabalho, e o médico é que me mandou fazer exames. Os exames acusaram uma tendinite que vem direita ao polegar (mão esquerda). Foi o médico que meteu os papéis e tratou de tudo.” (P10)</p> <p>“Os sintomas começaram há muitos anos, já nem me lembro exatamente há quantos anos, nos punhos, ficava com as mãos dormentes, não conseguia sentir estas partes (apontado para as mãos e dedos). (...).E pronto, fui ao médico do trabalho e ele disse-me que isto tinha a ver com os movimentos repetitivos. Passaram-me uns exames na medicina do trabalho, ecografias e eletromiografia, paguei muitos exames à minha conta...muitos exames...,mas teve de ser. Com base nesses exames, o médico viu qual era a lesão que eu tinha, o túnel cárpico nos dois pulsos” (P12)</p>
<p>Duração do processo</p>	<p>“Esse processo foi muito lento. Estive quase três anos há espera, acho uma estupidez! Porque se uma pessoa tem dores e o médico nos manda para a baixa e temos os exames todos feitos que mostram que temos essa doença, qual é porquê de demorarem tanto a chamar?!”(P1)</p> <p>"Não compreendo o porquê de ter demorado quase 3 anos para receber a resposta por carta a dizer que não tinha sido considerada a minha doença profissional." (P3)</p> <p>"uns 2.5 a 3 anos para ser chamada." (P4)</p> <p>"Eu até já estava descrente que me iam chamar. Eu já achava que ia daqui para Lisboa, que me iriam dizer que os exames já não estão atuais e que me iam fazer gastar mais dinheiro...e eu nem sequer dinheiro tenho para andar nisto. Já andava preocupada, porque não é só o faltar nesse dia ao trabalho...é</p>



		<p>a deslocação, é a preocupação de chegar lá e pensar que os exames já estão inválidos e que me iam exigir novos exames. Quando fui a Lisboa, nem 5 minutos estive dentro do gabinete médico. Nem me mandaram fazer movimentos nenhuns, só me perguntaram onde é que eu trabalhava e há quantos anos..." (P5)</p> <p>"Mais de três anos seguramente...até fui ao médico da fábrica, porque como já tinha passado tanto tempo, até fiquei com receio que os exames já tinham caducado. O médico da junta médica foi cinco estrelas, foi muito simpático, não tenho nada que dizer do senhor. Demorou cerca de 10 minutos, se calhar nem isso, pediu para ver movimentos poucos, e não ligou tanto ao que eu me queixava nesse dia...foi mais pelo que estava nos papéis dos exames que eu tinha feito. No final da consulta, disse-me "agora pode ir embora, que a resposta chega-lhe a casa". Quando eu recebi a carta com a resposta, já tinha passado um ano desde a junta médica." (P6)</p> <p>"Fiz exames ao cotovelo e na mão e o médico da medicina do trabalho (particular) disse-me "olhe, você está com lesão no cotovelo e está a começar a ter na mão também.". Eu peguei nos exames que fiz e ele fez-me os papéis para as doenças profissionais, e aí fui a Valadares. Estive 2 anos à espera da consulta." (P7)</p> <p>"Demorou 2 ou 3 anos para me chamarem para a junta médica, ao Porto, lá eram mais simpáticos do que onde nós somos chamados agora. Ao início quando eu vi que estava muito tempo à espera, eu própria escrevia as cartas porque tinha muitas dores nas mãos. Eu escrevia, registava e tudo! Mas pronto, correu tudo bem na consulta, demorou muito tempo a vir a resposta porque eu depois recebi com os retroativos todos."(P12)</p>
	<p>Pedidos de reanálise e repetição do processo</p>	<p>"Eu não concordo com este valor! (...) recebi a carta em casa e fui a um médico (particular) para me ajudar a escrever uma carta em como não concordo com a percentagem que me foi atribuída, e agora estou à espera." (P1)</p> <p>"Nesta fase, o meu médico (referindo-se a um médico particular da área de saúde ocupacional) aconselhou-me a fazer novo pedido. Ele explicou-me que eu tinha problemas causados pela própria doença profissional, e ele próprio incentivou a que eu fosse para a frente com o meu terceiro pedido através de recurso no tribunal do Trabalho" (P3)</p> <p>"Na medicina do trabalho da empresa, não fui bem encaminhada...e então senti necessidade de ir a um gabinete privado. Nunca fui ao médico de família para isto...pensei, olha é uma "dor" e deixei andar...só que depois às vezes, a dor agrava-se com o ambiente que a gente tem, e nós chegamos a bater lá no fundo e eu decidi aí que tinha que ir tratar deste assunto. Já estava no limite da dor e do stress no trabalho. Porque, se não fosse também o ambiente, se calhar ainda hoje andava com a dor..." (P6)</p>

		<p>“Fiz exames ao cotovelo e na mão e o médico da medicina do trabalho (particular) disse-me “olhe, você está com lesão no cotovelo e está a começar a ter na mão também.”. Eu peguei nos exames que fiz e ele fez-me os papéis para as doenças profissionais, e aí fui a Valadares. Estive 2 anos à espera da consulta.” (P7)</p> <p>“no início de 2008, meteram-me os papéis para as doenças profissionais. E fui rejeitada, sem sequer ir a uma junta médica. Eu julgo que fui rejeitada por incompetência do médico que preencheu os documentos, porque lá solicitava avaliação ao lado direito e os exames eram do lado esquerdo. E na altura, eles (departamento das doenças profissionais) entenderam que o que eu tinha do lado direito não justificava doença profissional. Na altura, veio interferido, voltaram a meter os papéis, e voltou a ir com o mesmo erro. O mesmo médico, os mesmos erros. Quando outro médico da medicina do trabalho pegou no meu processo em 2009, que já estava arquivado como indeferido, e ele achou estranho...depois deu conta que havia ali uma falha grande da parte do colega dele. Então ele pega novamente no processo, manda fazer exames novos, eletromiografia novamente. E com esses novos exames, em 2011, faz novo pedido de doença profissional com agravamento das lesões. Entretanto, as doenças profissionais chamam-me ao Porto em 2012. O médico que viu o meu processo lá disse “sim senhora, tem aqui matéria mais que suficiente para ter doença profissional e não sei porque é que ainda não tem...”. E aí deram-me a doença profissional.”(P12)</p>
	<p>Descrição da experiência com a Junta Médica</p>	<p>“ Olhe, nem olham para nós. (...) nem os exames que levei quiseram ver.” (referindo-se à experiência com a junta médica) <b>(P1)</b></p> <p>“A experiência foi...olhe não me viram nada! Levantar os braços, baixar os braços, e mais nada! Perguntaram só o que eu fazia. Estive lá 5 minutos, estava lá o médico, estava a escrever não sei o quê... E eu fiquei ali à espera... disseram-me para aguardar pela resposta.” (P3)</p> <p>“ Senti que aquilo acabava por não ter importância nenhuma, dado que não tive resposta nenhuma.”(P4)</p> <p>“ Saí de lá (da junta médica) com mais dúvidas do que respostas, faz-me sentir muita revolta os tempos de espera.” (P5)</p> <p>“(…) Cheguei lá, levei os exames e eu entrei no gabinete. O médico pediu-me os exames, analisou e pediu-me para levar o braço atrás das costas, coisa que me custa a fazer...mexeu-me no braço e como</p>

		<p>faz sempre aqui barulho (referindo-se à crepitação)...nunca ficou bom. Disse-me assim “olhe peça à colega lá fora para tirar uma fotocópia dos exames e pode ir embora.” E eu disse-lhe “então é só isto?”, ao que ele respondeu “sim, com o exame que você aqui tem, o que é que quer que eu lhe diga?” e eu disse “que me diga alguma coisa” e ele respondeu “você traz um exame que não deixa dúvidas.”. (P7)</p> <p>“É assim, quando foi no Porto, não tive razão de queixa nenhuma, mas em Valadares os médicos não são simpáticos. Só nos mandam fazer alguns movimentos e depois já viram tudo...” (P10)</p>
	<p>Decisão baseada em exames de complementares de diagnóstico</p>	<p>“Em 2009, foi a primeira vez que me lembro de ter feito o pedido às doenças profissionais. Nessa altura, sentia muitas dores nos punhos. (...) eu fiz exames,(...) comprovam que tinha qualquer coisa no túnel cárpico e tinha problemas. E foi-me recusado o meu pedido.” (P3)</p> <p>“Já andava preocupada, porque não é só o faltar nesse dia ao trabalho...é a deslocação, é a preocupação de chegar lá e pensar que os exames já estão inválidos e que me iam exigir novos exames.” (P5)</p> <p>“(...) E as coisas continuaram a agravar, e eu fui fazer exames, onde deu que tinha doenças profissionais.” (P6)</p> <p>“(...) Cheguei lá, levei os exames e eu entrei no gabinete. O médico pediu-me os exames, analisou e pediu-me para levar o braço atrás das costas, coisa que me custa a fazer...mexeu-me no braço e como faz sempre aqui barulho (referindo-se à crepitação)...nunca ficou bom. Disse-me assim “olhe peça à colega lá fora para tirar uma fotocópia dos exames e pode ir embora.” E eu disse-lhe “então é só isto?”, ao que ele respondeu “sim, com o exame que você aqui tem, o que é que quer que eu lhe diga?” e eu disse “que me diga alguma coisa” e ele respondeu “você traz um exame que não deixa dúvidas.”. (P7)</p> <p>“Voltei ao médico do trabalho, que me mandou fazer exames ao ombro. O problema é que no exame aparecia calcificação no ombro, e por isso, já não pode ser considerada doença profissional.” (P9)</p> <p>“(...) Ainda andei assim algum tempo, até que depois fui à consulta da medicina do trabalho, e o médico é que me mandou fazer exames. Os exames acusaram uma tendinite que vem direita ao polegar (mão esquerda). Foi o médico que meteu os papéis e tratou de tudo.” (P10)</p> <p>“E com esses novos exames, em 2011, faz novo pedido de doença profissional com agravamento das lesões. Entretanto, as doenças profissionais chamam-me ao Porto em 2012. O médico que viu o meu processo lá disse “sim senhora, tem aqui matéria mais que suficiente para ter doença profissional e não sei porque é que ainda não tem...”. E aí deram-me a doença profissional.” (P11)</p>

		<p>"(...)E pronto, fui ao médico do trabalho e ele disse-me que isto tinha a ver com os movimentos repetitivos. Passaram-me uns exames na medicina do trabalho, ecografias e eletromiografia, paguei muitos exames à minha conta...muitos exames...,mas teve de ser. Com base nesses exames, o médico viu qual era a lesão que eu tinha, o túnel cárpico nos dois pulsos" (P12)</p>
<p>Frustração e sentimentos de injustiça relacionados com a percentagem de incapacidade atribuída</p>	<p>Frustração e sentimentos de injustiça relacionados com a percentagem de incapacidade atribuída</p>	<p>"Eu não concordo com este valor! (...) recebi a carta em casa e fui a um médico (particular) para me ajudar a escrever uma carta em como não concordo com a percentagem que me foi atribuída, e agora estou à espera."(P1)</p> <p>"(...)pelas dores que eu tenho e pelo que estou a sentir nos meus braços, basicamente descartaram (referindo-se à análise da junta médica) os meus braços e só me reconheceram 5% (referindo-se à taxa de incapacidade que foi atribuída)! E não justifica tudo o que tenho." (P1)</p> <p>"6% que corresponde a um cotovelo, porque o ombro como já está diagnosticado como calcificação, portanto, acho que ... pelo que me explicaram, a doença profissional já não assume."(P3)</p> <p>" Ficou reconhecida a incapacidade de 3% relativamente ao ombro direito e 4.85% do cotovelo, o pulso não ficou reconhecido.(...) A gente acaba por ficar triste, não é? Porque é o nosso esforço e depois acabamos por ficar assim para o resto da vida. Isto nunca mais vai ter cura... As dores que eu tenho, neste momento, são mais do que 7.85% ... " (P4)</p> <p>"Não sei de cor a percentagem de incapacidade que tenho em acumulado. Sei que o máximo que tenho é uma incapacidade é de 6% ou 4%, mas tenho uma que é 1% qualquer coisa. Só gostava de saber como é que calculam isto, porque às vezes nós temos dores que nem nos podemos mexer! É revoltante...porque dizem-nos "ah depois você fica com uma retribuição" (referindo-se ao valor atribuído como pensão de incapacidade extra) mas que grande retribuição ?! (ironia)</p> <p>Se nós sairmos da firma onde estamos, e dissermos a uma nova entidade que temos doença profissional, ninguém nos quer lá a trabalhar com incapacidade. Recebemos 30 ou 40 euros por mês, e vamo-nos governar com isso? Enquanto estamos a trabalhar e a dar o litro, servimos, mas depois quando nos lesionamos já não servimos." (P6)</p> <p>" Eu não ando muito dentro dos aspectos das atribuições, mas acho que é pouco. Eu sou uma portuguesa muito conformada...e sei que nós estamos num país assim mesmo. E como há pessoas que só têm 2% ou 3%, a mim deram-me mais um bocadinho então se calhar até sou sortuda...sou muito conformada. E muitas vezes, não luto pelos meus direitos. Fico revoltada, porque não é justo nem para mim para os outros..." (P7)</p> <p>"Eu acho que é pouco! Agora ainda para mais, nem tenho nada..."</p>

		<p>E depois quero fazer trabalho em casa e na fábrica, e acho uma injustiça porque me matei a trabalhar naquela fábrica, é lá que me arruinei e é esta miséria..." (P8)</p> <p>"E depois de alguns meses, enviaram-me um relatório que dizia que eu tinha quase 5% de incapacidade no cotovelo e quase 5% de incapacidade no pulso. Agora, mantendo a repetição dos movimentos e cada vez mais bruscos, comecei a ter dores no ombro. Até para me vestir, já não conseguia...</p> <p>Voltei ao médico do trabalho, que me mandou fazer exames ao ombro. O problema é que no exame aparecia calcificação no ombro, e por isso, já não pode ser considerada doença profissional. E isto é revoltante, porque eu sei que isto tem a ver com os movimentos que fiz no trabalho! Na altura, o médico disse que eu podia recorrer. E eu pensei "Vou recorrer o quê? Vou arranjar conflitos com a empresa...</p> <p>Entretanto, voltámos a enviar um novo pedido de doenças profissionais do meu pulso esquerdo. E desta vez está demorado...já lá vão dois anos à espera." (P9)</p> <p>"A incapacidade está nos 19%."</p> <p>Dentro do que está (dado os valores que costumam ser atribuídos), é razoável; face aos meus sintomas, é péssimo. Até porque, eu já meti novos papéis (pedido de doença profissional) por causa do meu ombro direito que está pior, porque comecei a evitar ao máximo trabalhar com o ombro esquerdo. Tenho a certeza de que neste momento, o meu ombro direito está pior do que o esquerdo." (P11)</p> <p>"Uma das mãos tem 10% de incapacidade e a outra tem 8%.</p> <p>Entretanto, fiz mais exames aos ombros, e voltei a fazer todo o processo. Foi-me reconhecida a doença profissional dos ombros, mas não me recordo se é aos dois ombros ou só a um, mas não me deram percentagem de incapacidade. Desta última vez, fui a Valadares e foi assim, eles têm lá o relatório e os exames. Chegamos lá, e é 5 minutos! "Quais são as queixas?" e "quais são os exames", leem lá o relatório e pronto e ainda nos dizem "ah, mas você já tem doença profissional reconhecida!" e eu respondo "pois, mas não é na articulação que eu vim cá queixar-me". Depois questionam, como conseguimos trabalhar e assim." (P12)</p>
Satisfação com o tempo de resposta relativa à declaração da sua doença profissional	Satisfação com o tempo de resposta relativa à declaração da sua doença profissional	"E passado uns tempos, marcaram uma consulta e tive de ir lá a Lisboa. (...) Foi rápido até, nem chegou a meio ano. Fiquei com doença profissional declarada no cotovelo" (P2)
Falta de informação	Falta de informação sobre o	"(...)fui ao Médico. E foi quando me falaram que eram problemas de tendinites, e que era essa coisa dessas doenças" (P1)

	processo de diagnóstico	<p>"Em 2009, foi a primeira vez que me lembro de ter feito o pedido às doenças profissionais. Nessa altura, sentia muitas dores nos punhos. (...) eu fiz exames,(...) comprovam que tinha qualquer coisa no túnel cárpico e tinha problemas."(P3)</p> <p>"Voltei a fazer novamente exames, e fui aguentando (...) e voltei a fazer outros exames que acusavam coisas graves nos cotovelos e nos ombros."(P3)</p> <p>"Pois sinto que os meus tendões estão todos atrofiados" (P3)</p> <p>"Aí mandaram-me fazer uns exames, fui fazendo exames à minha conta, até que já tinha tendinites no cotovelo, ombro e pulso, no lado direito, e essas coisas assim." (P4)</p> <p>" Então a dor começou cada vez agravar mais...e já tinha quase 20 anos de casa quando fui ao médico em Aveiro (referindo-se a um médico privado). E as coisas continuaram a agravar, e eu fui fazer exames, onde deu que tinha doenças profissionais" (P6)</p> <p>"Já me disseram que poderia levar uma infiltração, mas não me garantem que fique bem depois. O que vou fazer? Ainda por cima é levar a infiltração e depois vou trabalhar, nem posso descansar para deixar o corpo recuperar!" (P6)</p> <p>"(...) Termos alguém que nos explicasse as questões, agora só querem é informar que se tivermos uma calcificação já não é considerado doença profissional. E termos algo para nos ajudar."(P6)</p> <p>"Considero isto, como uma doença para toda a vida, uma doença crónica e disso eu estou ciente."(P7)</p> <p>"Quando é o turno da manhã...eu trabalho dois turnos, manhã e tarde...de manhã é muito difícil de trabalhar, porque acordo de manhã com a mão muito dormente, por vezes coloco-a na água quente e começo a fazer movimentos com ela para acordar..., mas quando chego à fábrica, a primeira hora é muito difícil para mim, porque a mão demora a ganhar vida, parece que não chegou ali sangue ainda..."(P7)</p> <p>"Desde sou diagnosticada com uma doença profissional que me condiciona os movimentos acontece que acaba por mexer com o sono" (P11)</p> <p>"Dos braços, vou indo e ainda dá. Agora o meu problema é a cervical."(P12)</p> <p>"isto começou a ficar assim depois de eu ir para o posto X. O problema nem era pegar nas peças, o problema era a quantidade de movimentos por causa da produção."(P12)</p>
	Falta de informação sobre apoios	<p>"Não sei, neste momento não estou a ver. Compreendo a sua questão, mas tirando a fisioterapia gratuita, não sei." (P1)</p> <p>"Não, não me explicaram."</p> <p>"Estou a receber um valor simbólico referente à minha incapacidade, que não dá para nada! Porque se eu for comprar a medicação não chega, não é?"</p>

		<p>E não tenho tido mais ajuda nenhuma.” (P3)</p> <p>“Não sei, talvez uma fisioterapia, ou uma conversa com um médico em que nos elucidasse sobre o que é que podemos fazer para gerir a dor. Ou saber o que fazer para aliviar a dor, faça assim, ou faça assado. (...)</p> <p>Eu até já ouvi dizer que quem tem doença profissional, não tem direito a estar de baixa! Se eu precisar de meter baixa pelas doenças que já estão declaradas, temos que meter um processo novo por agravamento do que já temos. E só aí podemos meter baixa.” (P6)</p> <p>“Nada, zero. Não me explicaram nada. Nem dizem, “olhe se vocês está assim, pode ir para esta clínica ou aquela clínica.”. Não tenho nada que possa dizer e que me possam elucidar.</p> <p>A mim nem me interessa nada a remuneração, eu queria era solução para estes problemas.” (P6)</p> <p>“Apoios? nenhuns.”</p> <p>“Não, nunca ninguém me explicou nada. Aconselharam só a fazer medicação quando me sentisse pior, e a fisioterapia claro. Mas agora, por causa do Covid-19, ainda estão com um ano de atraso!” (P8)</p> <p>“Não, ninguém me fez nenhum acompanhamento. Simplesmente dizem “tem doença profissional, está reconhecida.” E mais nada!” (P9)</p> <p>“(…)Mas sinto que nós que temos doença profissional, não sabemos os nossos direitos ao todo...vamos descobrindo falando com as colegas. Não tive nada, ninguém me explicou nada!” (P10)</p> <p>“Basicamente apoios não temos nenhuns” (P11)</p> <p>“Não, nunca aconteceu. Era bom, termos alguém que aconselhasse coisas que são eficazes para o nosso caso. Já me falaram da acupunctura e assim. Eu gostava de experimentar, mesmo que seja à minha conta.” (P12)</p>
Impacto da Doença Profissional	Impacto da Doença Profissional no Sono	<p>“A dormir, adormecem-me muito (referindo-se às suas mãos) muito mesmo! Tenho de acordar durante a noite para molhar as mãos (...) e caminhar um bocadinho, para conseguir aliviar a dormência e ir dormir outra vez. Não durmo uma noite seguida! (...) acordo cansada, muito cansada!” (P1)</p> <p>“Em certos momentos (...) quero-me virar para o lado (referindo-se aquando está a tentar dormir) e não consigo por causa da dor. Acordo muitas vezes. E depois durante o dia, sinto mais dor.”(P2)</p> <p>“ Desde sou diagnosticada com uma doença profissional que me condiciona os movimentos acontece que acaba por mexer com o sono; limita certas coisas que estava habituada a fazer de uma certa forma, tenho que arranjar estratégias...”(P11)</p>

	<p>Impacto da Doença Profissional nas Atividades da vida diária</p>	<p>“(…) não tenho força para lavar os tapetes à mão. Vou ao tanque e tento esfregar, mas não tenho força, não fica bem lavado. E às vezes, até peço ajuda à minha mãe... Também noto na (...) comida, por exemplo a descascar batatas, não tenho força.”(P1)</p> <p>“Mudou tudo, porque eu quero passar a ferro, não posso estar muito tempo a passar a ferro. O meu ombro e braço não dá! Estou a tirar a loiça da máquina e deixo cair as coisas...Interfere em tudo!”(P3)</p> <p>“ Ficava muito triste e ainda fico, porque sinto que tenho cada vez menos capacidade. Por exemplo, quero estender a roupa e assim, e não consigo. Passar a ferro, não consigo...(frustrada) E fico triste, pois acho que não nos estão a valorizar (referindo-se à entidade empregadora), ficamos incapacitadas e lá é o “deixa andar”. ”(P4)</p> <p>“E aqui isto foi-se acentuando sempre, sempre até que passo noites em que os braços adormecem completamente, tenho formigueiros durante o dia...não tenho força sequer para abrir um frasco de feijão ou isso, porque não consigo, descascar uma batata ou uma peça de fruta, do início ao fim, não consigo...de uma vez só...e pronto, dores muito acentuadas já.”(P5)</p> <p>“(…)mesmo a descascar uma batata ou uma peça de fruta, não consigo. Não consigo abrir um frasco de grão, nem pegar em coisas pesadas... porque se segurar muito tempo, deixo cair...as coisas mais simples, às vezes até a escrever! Até a escrever me cansa o braço...(P5)</p> <p>“(…)E às vezes, não é só um dia em que faço isto (referindo-se a não fazer as suas tarefas de forma que consiga trabalhar no dia seguinte), por vezes, quando noto que estou a inflamar, são semanas em que evito fazer esforços...não limpo a casa, é o básico.” (P7)</p> <p>“Olhe depois do trabalho, às vezes já não faço nada em casa. Uns dias fica para amanhã, se não tivesse mesmo de fazer. “ (P8)</p> <p>“Sinto muito cansaço...muito cansaço. Uma pessoa mesmo que não queira, a ver o que era antes e o que é agora... Não consigo fazer o que fazia antes. Em casa, quero fazer coisas e não posso! Eu começo a fazer e paro, tenho de parar e distrair-me com os meus gatos, ou com a televisão e só depois retomar....,mas estou sempre no mesmo, canso-me e paro, canso-me e paro.” (P9)</p> <p>“Nas mãos, perdi força tanto que quando vou fazer os exames (aptidão) noto que estou a perder. Deixo cair as coisas. Eu sinto mais diferença quando tenho de cuidar xx (cuidadora informal), porque me custa nas mãos e nos ombros. Aí é que me custa mais, comparando com o trabalho de casa. Porque esse</p>
--	---	---



		<p>trabalho, se eu não fizer hoje, faço-o amanhã. Agora é assim, mas antes não era. Antes tinha de fazer mesmo! Agora já não penso assim..."(P12)</p>
	<p>Impacto da Doença Profissional no trabalho</p>	<p>"Sinto-me com dores sempre e não faço as coisas no trabalho como eu gostaria de fazer! (...) E, muitas das vezes, é ligar os pulsos (colocar pulsos elásticos) e tenho de andar com as dores. (...) Faço o meu dia de trabalho, mas saio de lá cheia de dores e mortinha por chegar a casa..."(P1)</p> <p>"No trabalho interfere muito, porque eu pego em pesos no trabalho. E por vezes, a dor é tão grande que não me permite pegar nas coisas que preciso. Perco a força (...) tenho que pedir ajuda aos meus colegas." (P2)</p> <p>"No trabalho, faço o meu esforço para dar o meu melhor...,mas mesmo que eu queira, já não consigo fazer o que eu fazia antes...nos primeiros anos de trabalho. De há 7 anos para cá vejo que estou mais limitada." (P3)</p> <p>"continuo a trabalhar com o mesmo empenho, com dificuldade. Custa muito começar a trabalhar (referindo-se ao início do turno) até "aquecer" os músculos e depois já vai. Por vezes, coloco um spray ou uma pomada antes de ir para o trabalho."(P4)</p> <p>"Na fábrica, os écrans estão altos e não consigo estar muito tempo a registar as produções..."(P5)</p> <p>"No trabalho, tenho algumas restrições. Noto que não posso levantar muito os braços. Fiquei muito mais limitada. Ultimamente sinto-me muito debilitada para cumprir os meus deveres na empresa. Neste momento, após a cirurgia ao meu dedo, desde que voltei a trabalhar ainda não consegui fazer o número de peças objetivo e isso mexe comigo. Sinto que não cumpri, e até porque se fizermos um valor de peças, temos um prémio e eu ainda não consegui atingir...ao fim de seis meses ainda me sinto limitada. E eu dou o meu melhor e mesmo assim não consigo alcançar o objetivo!" (P7)</p> <p>" Nada, não mudou nada. Continuo sempre a fazer as tarefas, com grande dificuldade, mas pronto...sinto que o corpo não responde à velocidade que eu quero."(P8)</p> <p>"Mudou muita coisa, porque antes eu conseguia passar a ferro tudo seguido, lavar uma janela, e assim, eu fazia, e agora já não consigo! Tem de ser uma coisa por dia, ou distribuído durante os dias. Sinto que para eu poder dar mais no trabalho e mostrar a minha capacidade de produção, em casa não posso fazer nada! Por exemplo, a fazer a cama lá em casa, dói-me só a dobrar o corpo à frente" (P10)</p>

		<p>“Ao nível da fábrica, houve coisas que tiveram de mudar. E reduzi muito na quantidade de trabalho feito. Claro que teve de reduzir, até porque uma pessoa quando está a trabalhar e não tem problemas, consegue fazer uma produção e consegue fazer certos trabalhos num curto espaço de tempo. Então, quando tem limitações e está condicionado, claro leva mais tempo a fazer as coisas...”(P11)</p>
	Impacto psicológico da dor crónica	<p>“Triste, muito triste. Porque eu na altura (referindo-se a uma época em que não tinha ainda dores), não sabia o que era isto das doenças profissionais, mas agora sinto na pele o que eu ouvia as minhas colegas falarem com dores e tendinites. E eu olhando para elas, fisicamente não se vê nada, mas as dores estão aqui.” (P1)</p> <p>“Sinto-me assim incapaz de fazer certas e determinadas coisas que gostava de fazer e não consigo. Limitada...(P3)</p> <p>“ Faz-me sentir mesmo impotente, que não consigo fazer nada...não sou capaz, o que é que eu estou aqui a fazer, se não sou capaz? Isto leva-nos muito abaixo...quer seja no trabalho, quer seja em casa...” (P5) “É um cair todos os dias...sinto-me desamparada.”(P5)</p> <p>“ Mudou muito...eu tive um filho no período em que me fui diagnosticada a doença profissional...e não conseguia estar com ele ao colo durante muito tempo. Só lhe conseguia dar colo se eu estivesse sentada, porque não aguentava muito tempo. Mexeu comigo, fazia-me sentir mal.”(P7) “Pondero, fico triste e chateada porque não consigo limpar, ou passar a ferro. Passo uma camisola hoje para vestir amanhã, porque não consigo estar mais de meia hora a fazer o que preciso.”(P7)</p> <p>“Faz-me sentir-me sentir triste, porque mesmo que eu queria fazer, não posso. Uma pessoa vai estender roupa, não consegue...Tento chegar a um armário alto e fico com dores nos ombros...Fico triste.”(P8)</p> <p>“Isto faz-me sentir mal, até porque depois eu comento isto com o meu companheiro e ele pensa que eu estou a mentir (emociona-se).” (P9)</p> <p>“Fico chateada quando deixo cair as coisas...e sinto que não consigo fazer as coisas como fazia. Perdi força nos braços e nos ombros. Sinto-me cansada e às vezes triste, mas nós temos de andar. Não falta vontade de sair de lá.”(P12)</p>
	Conformismo	<p>“Eu neste momento sinto dores. Há dias em que até se aguenta bem, mas há outras alturas em que não consigo. Especialmente quando faço turno da noite...nesse fim-de -semana, ando pior do que se andasse de manhã a trabalhar. Eu levanto-me com dores! E temos que lidar com elas...” (P6)</p>

		<p>“Sofrer a dor, até já não poder aguentar mais. Depois quando já não der, olhe...”(P6)</p> <p>“ Já são muitos anos, eu habituei-me.”(P7)</p> <p>“ É como eu digo, eu sou uma pessoa muito conformada. Já tenho isto há muitos anos e já me habituei àquela dor. Eu podia estar pior, isto podia ser uma doença crónica que me incapacitasse mesmo de trabalhar, e eu penso assim...há pessoas pior que eu. Penso assim, para não ser tão negativa. Dentro de tanto mal, ainda consigo trabalhar e resolver algumas questões pessoais. Há pessoas piores...”(P7)</p> <p>“O inicial é mais difícil aceitar e agora é mais fácil, porque à medida que vamos tendo as dificuldades acabamos por aceitar.”(P11)</p> <p>“Neste momento já nem me faz nada, já estou conformada. Estou cansada...desta vez quando cheguei lá (à junta médica) o médico disse-me “você já cá veio umas vinte vezes!”, e eu respondi “ó senhor doutor, vinte vezes? Se vim cá umas cinco vezes, foi muito. Não devo ser eu de certeza!” E eu fiquei tão farta disto...estou conformada, já nem vou meter mais papéis, nem mais nada...”(P12)</p>
	<p>Associação negativa relativamente ao envelhecimento e a doença profissional</p>	<p>“ Tenho medo de querer fazer coisas e não conseguir. (...) De piorar, de ter de deixar de trabalhar e precisar de dinheiro para as minhas coisas.”(P1)</p> <p>“Os receios são muitos, porque se isto for combatido desde o princípio se calhar não...será preciso ser operado, ou assim. Porque a xxx (referindo-se a uma familiar) já foi operada aos dois pulsos! E pode alguma coisa correr mal, e uma pessoa fica logo incapacitada.(...) O primeiro é ficar limitado no trabalho. E depois no dia-a-dia, não conseguir fazer nada em casa. E as preocupações financeiras! Quase mais do que a minha saúde.” (P2)</p> <p>“Que isto piore daqui a uns anos e depois não consiga fazer nada. Que tenha que ficar de baixa, e depois fico sem conseguir fazer as minhas coisas nem casa, nem na fábrica.”(P4)</p> <p>“ Tenho receio de paralisar mesmo, dos membros quer superiores, quer inferiores... O pior medo é eu ter que desistir de tudo...o limite...e o limite é o fim da vida. Isto preocupa-me muito, e cada vez mais o que me está a acontecer. E preocupa-me porque tenho x filhos/as menores.”(P5)</p> <p>“Eu não conseguir fazer a minha vida no dia-a-dia, as coisas básicas, para não depender de ninguém. Tenho medo. E há muitos anos, quando eu vi os outros a ficarem assim eu disse “quando eu estiver assim, eu venho-me embora” (referindo-se a despedimento). Agora penso diferente, porque se eu vou embora, e estou toda lesionada, para onde é que eu vou? Quem é que me vai empregar, sabendo que eu estou assim?”(P6)</p>

		<p>“O meu maior receio é cair e não me levantar...é querer fazer as coisas e não puder...”(P8)</p> <p>“Tristeza, porque não somos menos pessoas do que eramos antigamente, e agora não conseguimos fazer nada... E às vezes ponho-me a pensar “como vai ser quando for velhinha?”, não vou conseguir fazer nada, será que vou ter alguém que me ajuda? Não tenho ninguém que me ajude. (...) E a questão financeira também...porque se fico em casa, como é?” (P9)</p> <p>“Agora lá na fábrica, até estão a chamar as pessoas para negociar...,mas eu ponho-me a pensar, com a idade que eu tenho, se eu negociar, da forma como estou, vou trabalhar para onde? Se eu não estou apta, naquela empresa...vou para onde?”(P10)</p> <p>“Os meus receios para o futuro são que estas lesões estão a ficar pior e a idade já começa a pesar...e a nível de garantias das doenças profissionais e da segurança social, estamos à beira de uma miséria, tanto como assistência médica, como de reformas...Porque uma pessoa que tenha doença profissional, que já vai envelhecer com problemas, evidente que com a idade se vão agravar. A probabilidade de uma pessoa ficar pior do que uma que não tem problemas é muito maior. O que é que uma pessoa receia? De deixar de andar, de deixar de poder fazer as minhas coisas, vou ter uma reforma baixa e depois a questão de ter dinheiro para a medicação...é o subsídio da doença profissional também não dá para nada... Os receios são mais que muitos...”(P11)</p> <p>“Olhe os meus receios é que me dê alguma coisa na cervical. O meu problema neste momento é a cervical. E se paraliso, aí é o caos! Tenho medo, porque tenho que cuidar da minha x.”(P12)</p>
	<p>Uso desregulado de medicação</p>	<p>“Coloco voltaren em casa, em pomada. E quando estou pior, tomo mesmo comprimidos. Alivia um bocadinho” (P2)</p> <p>“(...) ora, tomando anti-inflamatórios...as pomadinhas que aliviam um bocadinho e é isso. Não tenho feito mais nada, é ir tentando aguentar as dores” (P3)</p> <p>“(...) comecei a ter formigueiro nas mãos (...) tomava uns comprimidos, eram uns sprays, mais ao menos durante um ano” (P4)</p> <p>“Fui tomando medicação, mas cada vez mais foi piorando. Mudávamos de linha (referindo-se à rotatividade no trabalho), há certos trabalhos que não custavam tanto a fazer. No início não tomava medicação todos os dias, o brufen por exemplo, agora posso dizer que tomo todos os dias!”(P4)</p>

		<p>“ Olhe brufen e o gel, e por vezes, passava uma pomada que me receitaram, a massajar...,mas resultados...se quer que lhe diga... Todos os dias sinto necessidade de tomar alguma coisa.” (P5)</p> <p>“Utilizo muito os emplastos, tanto utilizei que agora fiquei alérgica. Vingava-me muito neles, e agora ponho o primeiro não acontecia nada, mas o segundo começava a dar comichão. Sei que abusava muito.”(P7)</p> <p>“ Tomo uns anti-inflamatórios, para ir mais tranquila trabalhar e esperar que passe um bocado a dor. E vou assim todos os dias, quando estou na fase em que sinto mais dor.”(P9)</p> <p>“Nos dias maus, tomo um anti-inflamatório. E como não tomo medicação normalmente, quando tomo atua e ajuda bastante. Se eu sair às 15h para ir trabalhar, às 14h30 tomo e se chegar à hora do jantar, por volta das 19h e vir que estou com dores, volto a tomar outro. E vou fazendo assim alguns dias até aliviar.”(P11)</p> <p>“Nos dias em que eu não aguento mesmo, tenho de tomar um brufen. Se eu aguentar, tento aguentar o turno e vou. Tem de ser, tenho de ir! Ando mais à base da medicação, porque a ligadura só aperta.”(P12)</p>
	<p>Perceção de que a dor diminui a performance no trabalho</p>	<p>“Sinto-me com dores sempre e não faço as coisas no trabalho como eu gostaria de fazer! (...) E, muitas das vezes, é ligar os pulsos (colocar pulsos elásticos) e tenho de andar com as dores. (...) Faço o meu dia de trabalho, mas saio de lá cheia de dores e mortinha por chegar a casa...”(P1)</p> <p>“No trabalho interfere muito, porque eu pego em pesos no trabalho. E por vezes, a dor é tão grande que não me permite pegar nas coisas que preciso. Perco a força (...) tenho que pedir ajuda aos meus colegas.” (P2)</p> <p>“No trabalho, faço o meu esforço para dar o meu melhor...,mas mesmo que eu queira, já não consigo fazer o que eu fazia antes...nos primeiros anos de trabalho. De há 7 anos para cá vejo que estou mais limitada.” (P3)</p> <p>“continuo a trabalhar com o mesmo empenho, com dificuldade. Custa muito começar a trabalhar (referindo-se ao início do turno) até “aquecer” os músculos e depois já vai. Por vezes, coloco um spray ou uma pomada antes de ir para o trabalho.”(P4)</p>

	<p>“Na fábrica, os écrans estão altos e não consigo estar muito tempo a registar as produções...”(P5)</p> <p>“No trabalho, tenho algumas restrições. Noto que não posso levantar muito os braços. Fiquei muito mais limitada. Ultimamente sinto-me muito debilitada para cumprir os meus deveres na empresa. Neste momento, após a cirurgia ao meu dedo, desde que voltei a trabalhar ainda não consegui fazer o número de peças objetivo e isso mexe comigo. Sinto que não cumpri, e até porque se fizermos um valor de peças, temos um prémio e eu ainda não consegui atingir...ao fim de seis meses ainda me sinto limitada. E eu dou o meu melhor e mesmo assim não consigo alcançar o objetivo!” (P7)</p> <p>“ Nada, não mudou nada. Continuo sempre a fazer as tarefas, com grande dificuldade, mas pronto...sinto que o corpo não responde à velocidade que eu quero.”(P8)</p> <p>“Mudou muita coisa, porque antes eu conseguia passar a ferro tudo seguido, lavar uma janela, e assim, eu fazia, e agora já não consigo! Tem de ser uma coisa por dia, ou distribuído durante os dias. Sinto que para eu poder dar mais no trabalho e mostrar a minha capacidade de produção, em casa não posso fazer nada! Por exemplo, a fazer a cama lá em casa, dói-me só a dobrar o corpo à frente” (P10)</p> <p>“Ao nível da fábrica, houve coisas que tiveram de mudar. E reduzi muito na quantidade de trabalho feito. Claro que teve de reduzir, até porque uma pessoa quando está a trabalhar e não tem problemas, consegue fazer uma produção e consegue fazer certos trabalhos num curto espaço de tempo. Então, quando tem limitações e está condicionado, claro leva mais tempo a fazer as coisas...”(P11)</p>
Catastrofismo	<p>(...) quando estou no trabalho estou sempre a pensar “bem, se vou fazer tarefa x” já estou “lixado” por causa do meu braço. Já sinto a dor antes de fazer a tarefa. E nas costas é igual! E até comento com o meu colega, “olha ando a fazer fisioterapia e já vou outra vez estragar tudo a pegar nos pesos!”. ”(P2)</p> <p>“ Eu gostava que não fizesse parte de mim (a dor), mas acho que vou ficar cada vez pior.” (P3)</p> <p>“ É isso (a dor ficar pior), não conseguir pentear-me por exemplo, levantar o braço para fazer os movimentos básicos que precisamos de fazer. E depois também dependo do meu trabalho, não é? Se eu não for trabalhar...tenho as minhas contas para pagar, e sinto que faço um esforço e um sacrifício, “estou mal hoje, mas pode ser que amanhã esteja melhor” e é isso.” (P3)</p> <p>“E a gente começa cada vez a ter menos tolerância à dor ... ”(P6)</p> <p>“Acho que o mudou foi para pior, as dores são cada vez piores. Não temos ajuda para aliviar a dor. Há coisas que eu fazia antes e agora não consigo fazer. Não consigo tudo o que seja movimentos de braços.</p>

		<p>Sinto menos agilidade. Não consigo limpar o vidro de uma janela, andar a fazer os movimentos.”(P6)</p> <p>“Há trabalhos que eu fico pior, e quando termino o turno e chego a casa, tento não fazer nada para não esforçar mais a mão...porque sei que amanhã é outro dia de trabalho.”(P7)</p> <p>“Entretanto fui piorando, passou para as duas mãos, das mãos para os cotovelos e depois para os ombros. Foi ao longo do tempo, comecei com queixas e fui sempre fazendo exames a isto e àquilo...”(P10)</p> <p>“No meu caso, além da doença profissional, eu tenho vários problemas na coluna que não são considerados doenças profissionais, mas que se agravaram muito devido ao esforço que faço no trabalho, porque antes eu não tinha hérnias na coluna...E eu fui mesmo até ao limite, já me afeta as pernas e tudo, quando estava com crise caminhava devagarinho e tudo. Só conseguia aliviar à base de medicação.”(P10)</p> <p>“(…) Só de pensar que tenho de ir fazer algumas tarefas já fico ansiosa de pensar se vou ficar em crise.”(P10)</p> <p>“Na altura, até tinha medo de pegar em alguma coisa e deixar cair, porque se isto me dava eu ficava sem reação na mão.”(P10)</p>
Reconhecimento de que existem atividades prazerosas que aliviam a dor	Reconhecimento de que existem atividades prazerosas que aliviam a dor	<p>“As coisas que ajudam a distrair um bocadinho a cabeça para não pensar muito na dor... eu para aliviar a dor vou à piscina para movimentar o meu corpo e relaxar. Pois sinto que os meus tendões estão todos atrofiados e só de estar na água, já sinto que relaxo e esqueço a dor. Gosto também de ir fazer yoga e pilates, e sinto que tenho melhorado muito os movimentos do corpo e a cabeça também! <b>(P3)</b></p> <p>“Quando eu estava no ginásio, eu fazia reabilitação do ombro e postura, e como eu fiquei tão bem e com uma postura tão boa, eu gostei”(P7)</p>
Cuidados de saúde e apoios recebidos	Apoio da Entidade Empregadora	<p>“Estou com receio de retaliações, mas não vou voltar atrás...esta é a minha dor, o meu sentimento e o que eu passo todos os dias. Mas sei que vai trazer consequências negativas para o meu dia-a-dia.” <b>(P5)</b></p> <p>“Até porque se a gente vai dizer que estamos limitadas em alguma coisa, passam a olhar-nos de lado e a pôr-nos de canto que parecemos umas “entrvadas”. Porque no dia-a-dia em casa, alguém nos ajuda no que não podemos fazer. Ali não.”(P6)</p> <p>“No trabalho é igual. Podemos às vezes até estar com uma colega (de linha) que até compreenda, mas há outras que não compreendem (referindo-se a ficar em postos de execução mais simples). E temos que estar ali a bater no assunto, mas chega a um ponto em que é demais.” (P6)</p> <p>“Eu já estou lá há 25 anos, estou toda estoirada, foi tudo lá...o que é que eu vou fazer agora? Para onde é que eu vou agora?</p>

		<p>E eu gosto de fazer turnos, porque consigo orientar bem as consultas da xx e assim. Agora já andam a falar em diminuir para dois turnos, eu já ando preocupada com isso..., porque aí já vai ser complicado. Sinto que o apoio é pouco lá. Olham para quem tem incapacidade para o trabalho de forma diferente, desde colegas até às chefias...na minha zona está de mal a pior. Parece que se querem ver livres de nós. Por exemplo, agora querem que eu faça uma determinada tarefa que eu não consigo fazer, porque exige muita força. E eu já disse que não consigo, mas nessa altura as colegas picam-me! E às vezes, eu já sei que não consigo, mas vou experimentar na mesma porque não quero ficar mal vista. Quando sei que vou fazer aquele posto, já saio de casa com uns nervos, que nem me apetece entrar lá...o que vale é que nós vamos rodando.” (P8)</p> <p>“ Fico revoltada, porque é uma doença que se apanha dentro da fábrica, e estou há tanto ano naquela fábrica...e no fim não temos valor nenhum lá dentro...”(P8)</p> <p>“E eu pensei “Vou recorrer o quê (referindo-se à percentagem de incapacidade atribuída pela Junta Médica)? Vou arranjar conflitos com a empresa...” (P9)</p> <p>“Olhe no sítio onde estou (referindo-se à estação de trabalho), sempre fizeram diferença, porque é considerado o posto de trabalho das inválidas. As pessoas não entendem! Tudo depende dos problemas de cada um, porque cada um tem problemas diferentes.”(P10)</p> <p>“É revoltante...”</p> <p>Às vezes, acabo por pegar nas caixas e tudo sozinha, porque não quero estar sempre a pedir ajuda à colega, algumas entendem, outras não.”(P10)</p>
	<p>Apoio do Sistema Nacional de Saúde</p>	<p>“(…), mas também uma pessoa fazer fisioterapia e depois ir trabalhar, nem temos tempo de relaxar nem nada! Não resulta.” (P1)</p> <p>“ Ter fisioterapia (...) 1x por semana não dá para nada. ”(P2)</p> <p>“ Eu acho que o estado havia de ajudar mais em termos de fisioterapias e essas coisas todas. Porque eu se não for na fábrica...Em xxx (localidade onde reside) não tenho onde ir. É tudo privado aqui! Teria que me deslocar para xxx (as cidades adjacentes 20 km + 20 km p.e.), aqui não temos público a trabalhar sobre isso. E se calhar, muita gente deixa-se arrastar com isto das doenças profissionais por causa disto! (...) Acho que era bom se nós (referindo-se a quem tem doença profissional), pudesse ficar de baixa ou a descansar em casa, e receber na totalidade (o ordenado). Com o descanso e com o tratamento, iria ajudar e muito! Porque se estamos a fazer tratamentos de fisioterapia e a trabalhar ao mesmo tempo, não serve para nada!”(P2)</p> <p>“(…) Era bom ter ajuda na fisioterapia, especialmente quando estamos naqueles momentos mesmo em crise (de dor), ou então a medicação mais acessível ou até gratuita...visto que são problemas crónicos. E até no transporte, porque eu temo até não conseguir conduzir, porque naquela altura que eu estive mesmo</p>



	<p>mal, eu tinha muita dificuldade em conduzir e tinha que ir com as minhas mãos apoiadas nas pernas, segurava no volante por baixo... "(P3)</p> <p>"Até agora não usufruí de nada. O fisioterapeuta ocupacional disse-me que eu tinha direito de fazer fisioterapia (gratuitamente) fora da fábrica, e então a médica de família já me passou uma prescrição para eu ir começar. Ainda não fui marcar, ainda vou ver se fico isenta ou não, e quanto tempo vou ficar à espera. Não conheço mais apoios, ninguém me explicou nada."(P4)</p> <p>" Está a falhar muito, porque o nosso sistema de saúde é muito mau. A gente passa tempos infinitos à espera de uma consulta, depois porque para fazer as fisioterapias que são comparticipadas agora (referindo-se a partir do momento em que ficou validada a doença profissional), ainda nem consegui a credencial, porque eles estão com excesso de consultas (referindo-se ao centro médico público)...Depois as clínicas, que têm essas fisioterapias comparticipadas, estão sobrelotadas e tenho que esperar meses em lista de espera. O nosso sistema de saúde é horrível. Desperta-me logo a revolta. Revolta por causa do sistema que temos, porque é tudo ... quem tem dinheiro safa-se, e quem não tem que se arranje... é mesmo revoltante." (P5)</p> <p>"As minhas expectativas era ter fisioterapia intensiva, comparticipada pelo sistema de saúde; medicação paga pelas doenças profissionais; e um acompanhamento médico frequente." (P5)</p> <p>"Sinceramente, nem sei o que poderia ajudar. Medicação e fisioterapia é o essencial." (P8)</p> <p>"Bom, além da fisioterapia e da medicação, na empresa havíamos de ter mais apoio para não termos trabalhos tão pesados. Ao nível do sistema de saúde, podiam participar outros tipos de terapias que ajudam como por exemplo a acupuntura." (P9)</p> <p>" Olhe era bom se tivéssemos um sítio onde nos pudéssemos dirigir e obter informações sobre os nossos direitos, para nos explicarem o que temos de fazer! E termos acesso a outros tipos de consultas e tratamentos eficazes, e mais frequentes!" (P10)</p> <p>"eu gostava de saber realmente, se o dinheiro compra as doenças crónicas. Porque não vejo o motivo, para não poder ficar de baixa. Se o dinheiro compra a minha incapacidade... Parece que não tenho direito a ter dores, nem a parar para fazer fisioterapia..."(P11)</p> <p>"Basicamente apoios não temos nenhuns. Toda a pessoa que é portadora de uma doença profissional reconhecida, ou incapacitada, acho que devia de haver mais sítios pagos pelas doenças profissionais onde nós pudéssemos recorrer.</p>
--	---

		<p>Isto é crónico, logo devia haver pelo menos um sítio em que nós pudéssemos recorrer uma vez por ano para nos avaliarem, conforme nós estamos melhor, ou pior.</p> <p>Porque nota, se eu agora tiver pior vou ao médico, e o médico vai me passar exames. Então vou fazer os exames aqui e volto a acolá...vou a muitos lados...e depois mando para as doenças profissionais. E o que é que dizem? Eles dizem “ouve lá, já tens doença profissional reconhecida, desenrasca-te!”. Certo?</p> <p>E eu acho que as doenças profissionais deviam ter um centro, em que tivessem máquinas que desse para fazer um check-up à pessoa de dois em dois anos, por exemplo. E no fundo dizer, “realmente no que está atribuído está correto, e no que não está, já devia ter sido”. E esta avaliação ser feita por eles.</p> <p>Se calhar assim era mais fácil, de saber se realmente está bem reconhecida a doença, se tem a incapacidade ou não.</p> <p>Hoje em dia, vamos ao privado ou ao público, e lá reconhecem a tua doença, a minha doença e mais...e depois no fundo acabam por reconhecer as que são e as que não são. E depois falham para as que são e para as que não são.</p> <p>Por isso, se calhar era melhor que existisse um filtro, para serem justos e corretos.” (P11)</p> <p>“E sabe que para fazer sessões de fisioterapia, por exemplo 15 sessões pelo público, é obrigada a pôr baixa? E nós não podemos andar constantemente a pôr baixa!” (P12)</p> <p>“A meu ver, as doenças profissionais, deviam ter pelo menos fazer consultas específicas e encaminhamento para a fisioterapia diretamente. No fundo, deviam preocupar-se mais com as pessoas que têm doença profissional.</p> <p>Deviam ter tipo um centro de fisioterapia, específico e eles iam acompanhando. Até porque nós não queremos ficar de baixa, queremos trabalhar. Era bom ter um acompanhamento mais frequente e mais próximo.</p> <p>Nós já estamos mal e cada vez vamos ficar piores...” (P12)</p>
	Serviço Público de Fisioterapia	<p>“(…), mas também uma pessoa fazer fisioterapia e depois ir trabalhar, nem temos tempo de relaxar nem nada! Não resulta.” (P1)</p> <p>“Fiz fisioterapia, da primeira vez que fiz não gostei, porque era só 30 minutos e sentia que se esqueciam de mim ali. E não senti melhoras” (P1)</p> <p>“Na sessão, eu não sei ao certo os nomes (refere-se aos procedimentos), tinha uns choquezinhos, uma luz e uma massagenzita com o creme e estava feito. E muitas vezes, esqueciam-se. E pronto, eram só esses bocadinhos e mais nada.” (P1)</p> <p>“Acho que era bom se nós (referindo-se a quem tem doença profissional), pudesse ficar de baixa ou a descansar em casa, e receber na totalidade (o ordenado).</p> <p>Com o descanso e com o tratamento, iria ajudar e muito! Porque se estamos a fazer tratamentos de fisioterapia e a trabalhar ao mesmo tempo, não serve para nada!” (P2)</p>

	<p>Num período em que estive de baixa, a dor era tão grave que eu não conseguia trabalhar. E eu tentei fazer tratamentos e trabalhar ao mesmo tempo, mas não me sentia melhor. Eu chorava com dores, não aguentava, fui obrigada a parar. Então esse tempo que eu fiquei em casa, dediquei-me mesmo para me cuidar. E durante 9 meses estive sempre a fazer fisioterapia, de segunda a sexta.” (P3)</p> <p>“ Eu achava que ia ficar boa, pronto! Eu achava que aquilo (referindo-se à lesão) ia passar e não ia ter mais aqueles problemas, nem ia sentir mais aquelas dores intensas como eu sentia! Nas sessões utilizavam aqueles choques, os quentes, os frios...e isso tudo...e depois também fiz uma medicação própria. E achava que aquela dor ia desaparecer. Mas não vai desaparecer mais, eu acho... já vai fazer parte de mim, infelizmente”(P3)</p> <p>"a última vez que fui fazer fisioterapia, no público, fui tratar o meu dedo, mas não senti melhoras, acho que a fisioterapeuta não percebeu muito bem a minha lesão. Não considero que tenha sido um exemplo, como foi das outras vezes. Mas noto que se formos a ver, todas as vezes e de todas as fisioterapeutas que eu tive no público, fui bem atendida. Até não me posso queixar. Às vezes, tenho de estar um mês e tal à espera de vaga, por isso é que quando eu sinto que a dor está a começar, parto logo para o privado. Porque eu só ponho baixa, mesmo quando já não aguento mais e vejo que não há melhoras." (P7)</p> <p>"Só fiz fisioterapia no público, mas a experiência não foi muito boa...metiam-me um coiso quente e faziam-me uma massagenzinha, no fim punham-me uns ultrassons e depois eu ia embora...Não notei grandes melhoras."(P8)</p> <p>"No público sinto que não fazem fisioterapia em condições...deviam aplicar uns remédios que fizessem bem e estar mais tempo com a pessoa! Usar coisas mais eficazes!"(P8)</p> <p>"Só fiz fisioterapia no público, ao meu ombro, mas achei uma coisa muito simples. Põem o quente e fazem a massagem...não achei nada de especial."(P9)</p> <p>"Não vou dizer que a fisioterapia que eu fiz foi muito boa, porque não foi. Normalmente, quando se trata de fisioterapia no público é só mesmo o básico. O básico é deitar na marquesa, põem-te uma chocadeira ou um calor em cima e ficas lá meia hora, depois passam-te um cremezinho, massagens de 5 minutos em cada lado. Tchau, até amanhã à mesma hora!" (P11)</p> <p>"Nesses sítios, eu chegava lá, ia a um médico que receita ao fisioterapeuta o que eles têm de fazer. A mim, receitou-me numa altura de fazer frio nos ombros e nos cotovelos. E eu sinto-me mal com o frio, fico com dores horríveis. E quando lá chegava, eu tinha de pedir para me fazerem calor, ficava lá uns 20</p>
--	---

		minutos, e depois faziam uns minutos a passar o creme, estar ao telemóvel...nem faziam massagens para tirar os nós." (P12)
	Relação terapêutica - Fisioterapia	<p>"Trabalhar mais com as mãos, fazer outras massagens..." (P1)</p> <p>" Penso que seria importante, das técnicas que experimentei à base das mãos (referindo-se à terapia manual) e aos choques do aparelho...,mas o melhor para mim é mesmo o trabalhar com as mãos (terapia manual), mas deve haver muitas mais máquinas para fazer terapias, mas eu não tenho conhecimento." (P5)</p> <p>"a última vez que fui fazer fisioterapia, no público, fui tratar o meu dedo, mas não senti melhoras, acho que a fisioterapeuta não percebeu muito bem a minha lesão." (P7)</p> <p>"Eu só fiz fisioterapia na fábrica (fisioterapia ocupacional), e na altura estive a fazer aos pulsos...era com os choquezinhos e essas coisas... Depois houve uma altura em que fiz tratamento à minha cervical e fiquei sem conseguir mexer o pescoço! Depois voltei a experimentar, e voltei a sentir o mesmo. Então o terapeuta disse que era melhor eu não fazer fisioterapia à cervical...,mas isto já foi há uns anitos e nunca mais voltei a experimentar." (P10)</p> <p>"Em termos de fisioterapia, fiz através do sistema nacional de saúde. Em dois sítios diferentes, mas no último sítio sinceramente mais-valia nem ir para lá porque não faziam nada de jeito. Noutro lado, dependia do fisioterapeuta que eu apanhava no dia em que lá ia..." (P12)</p>
	Outras áreas de saúde	<p>" Serviços de relaxamento, a parte psicológica...até porque o psicológico tem muito a ver. Se nós andarmos mais animados, andamos mais arrebitadas. A dor leva-nos mais para baixo." (P4)</p> <p>"Estarem mais atentos a quem tem doença profissional, porque desligam de nós depois de nos darem a percentagem de incapacidade." (P4)</p> <p>" Atualmente, não pedi fisioterapia, mas já fiz fisioterapia, acupuntura e medicina chinesa. E ajudou muito, porque deixei de sentir a dor que tinha no cotovelo e ia até ao polegar." (P9)</p>
	Comunicação em Saúde (Linguagem em saúde)	<p>"O médico mandou-me fazer uma eletromiografia e as ecografias aos tecidos moles, na altura lembro-me que ele só passou ao cotovelo...e o médico que estava a fazer o exame até me disse que eu devia fazer às partes todas do braço direito que possivelmente estaria lesionada no braço todo...e assim foi."(P5)</p> <p>" Sim, o médico que me assistiu relativamente às doenças profissionais disse-me que isto (a doença profissional) no sítio onde estava a tendinite iria ter muitos problemas e teria de ter muito cuidado porque poderia fazer uma rutura. E se eu fizesse uma rutura, poderia ser muito grave, podia ficar com o braço ao pendurão.</p>

		<p>Disse-me que eu poderia fazer natação, que isso ajudava muito. Que quando eu começasse a ter certos sintomas, o porquê dos sintomas – que estava a inflamar – e nessa altura, eu devia parar.” (P7)</p> <p>“O médico disse que eu não podia fazer fisioterapia nessa altura, porque estava muito inflamado”(P7)</p> <p>“A médica na altura disse-me, “você não trabalha mais, porque você está a ficar toda inflamada!”.”(P7)</p> <p>“Quando voltei à consulta com os exames o médico disse-me assim “Você tem de sair daqui! Está a ver o que tem?! Está a ver o que tem?! Tem de sair daqui!”.</p> <p>E eu que não sabia de nada, até fiquei assustada, pensei que tinha de cortar o braço!” (P9)</p>
--	--	--