

Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal:

Impactos nos Trabalhadores e Famílias



Título:**Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal
Impactos nos Trabalhadores e Famílias**

Relatório elaborado no âmbito do Estudo “Programa de apoio à manutenção e retorno ao trabalho das vítimas de doenças profissionais e acidentes de trabalho”, promovido pelo CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

Equipa técnica:

Jerónimo Sousa (coord)

Carlos Silva

Elsa Pacheco

Madalena Moura

Maria Araújo

Sérgio Fabela

Data:

Dezembro 2005

© Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2005

Av. João Paulo II

4410-406 Arcozelo VNG

www.crpq.pt

info@crpq.pt

Tel. 227 537 700

Fax: 227 629 065

Reservados todos os direitos.

Reprodução autorizada.

Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal:

Impactos nos Trabalhadores e Famílias

Páginas

Conteúdos

4	1. Enquadramento - Dimensões de Impacto no Quadro de Acidentes de Trabalho / Doenças Profissionais
5	2. Impactos físico-funcionais
5	2.1. Lesão corporal, perturbação funcional, incapacidade, dano corporal
8	2.2. Classificação dos impactos físico-funcionais
13	2.3. Ilustração de algumas doenças/lesões profissionais e seus impactos
13	2.3.1. As perturbações musculó-esqueléticas
14	2.3.2. As perturbações auditivas
15	2.3.3. Os traumatismos craneo-encefálicos
16	2.3.4. A depressão e a ansiedade
17	3. Impactos profissionais
25	4. Impactos económicos
31	5. Impactos psicológicos e morais
32	5.1. Luto
32	5.2. Ansiedade
34	5.3. Depressão
35	5.4. Dor
37	6. Impactos sociais e familiares
43	7. Outros impactos ao nível da qualidade de vida
46	7.1. Dimensões que influenciam a qualidade de vida no quadro dos acidentes de trabalho
51	8. Conclusões finais
55	9. Referências bibliográficas

1

Enquadramento

Dimensões de Impacto no Quadro de Acidentes de Trabalho / Doenças Profissionais

O trabalhador vítima de acidente de trabalho ou doença profissional acarreta com inúmeros custos decorrentes da lesão ou doença profissional, nomeadamente a perda de rendimento, a dor e o sofrimento, a perda de futuros ganhos, de investimentos passados e custos médicos. Associados a estes encontram-se outros de natureza profissional, moral, social e familiar. Os vários impactos estão, muitas vezes, interrelacionados.

Se tomarmos como exemplo uma pessoa com um quadro de diminuição da capacidade físico-funcional, devido a uma tendinite crónica, observamos frequentemente uma diminuição da sua capacidade de trabalho como também dificuldades acrescidas de realizar as suas tarefas domésticas. Adicionalmente, poderão emergir dificuldades em cuidar dos filhos despoletando mudanças na sua dinâmica familiar, o que poderá, por sua vez, ter um impacto negativo na sua vida conjugal. Para além disto, a diminuição da sua capacidade produtiva bem como as despesas médicas que advêm da tendinite poderão levar a uma perda de rendimento, que terá implicações ao nível profissional, impedindo, por exemplo, a sua progressão na carreira, e ao nível familiar, com a diminuição do nível de qualidade de vida. Tudo isto poderá acarretar sentimentos como frustração e culpa ou mesmo originar algum isolamento social.

O exemplo descrito permite colocar em evidência diferentes dimensões de impactos, relacionadas entre si, numa teia dinâmica. Apesar dos vários impactos estarem intimamente relacionados, por uma questão de sistematização serão agrupados nas seguintes seis categorias:

- Impactos físico-funcionais;
- Impactos profissionais;
- Impactos económicos;
- Impactos psicológicos e morais;
- Impactos familiares e sociais;
- Impactos na qualidade de vida.

2

Impactos físico-funcionais

2.1. Lesão corporal, perturbação funcional, incapacidade, dano corporal

Os acidentes de trabalho e as doenças profissionais podem trazer consequências físicas-funcionais para o indivíduo, degenerando em lesão corporal, que se refere a qualquer dano produzido no corpo humano, ou numa perturbação funcional, que se entende pelo prejuízo do funcionamento de qualquer órgão ou sentido, como por exemplo, a perda de visão. Esta lesão ou perturbação funcional pode ser mais ou menos incapacitante.

Entende-se por grau de incapacidade o coeficiente da incapacidade da vítima determinado em função da natureza e da gravidade da lesão, do estado geral da vítima, da sua idade, profissão e da maior ou menor readaptação obtida para a mesma ou outra profissão. Este coeficiente é fixado em conformidade com a Tabela Nacional de Incapacidades, por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, em vigor à data do diagnóstico da doença/lesão.

Segundo o Departamento de Estatísticas de Trabalho, Emprego e Formação Profissional (DETEFP, 1997), dos acidentes de trabalho registados, 77% dos sinistrados ficaram “temporariamente incapacitados”, 7% sofreram “lesões permanentes” e 16% referiu não ter ficado com “nenhuma incapacidade”.

Relativamente ao tipo de incapacidade, a incapacidade temporária foi parcial para 65% dos sinistrados e absoluta para 12%. Dos sinistrados com incapacidade permanente, esta foi parcial para 6,6%, absoluta para a profissão para 0.3% e 0.2% absoluta para qualquer profissão.

Se no modelo médico, os impactos físicos-funcionais limitar-se-iam aos impactos meramente corporais e incapacitantes que uma determinada lesão ou doença derivada do trabalho teria sobre o indivíduo, com a mudança de paradigma para o modelo social (Oliver, 1990), a delimitação do conceito tornou-se mais complexa. Este modelo, enquadrado no movimento para a sociedade inclusiva, focaliza-se não apenas na pessoa, na “cura”, na incapacidade física, mas na interacção da pessoa com o meio, tendo em conta assim os contextos e barreiras sociais. Desta forma, os impactos físico-funcionais não poderão ser meramente encarados como os impactos ao nível das estruturas e funções do corpo, deverão ao invés ser também considerados como os impactos ao nível da participação do indivíduo nas suas várias esferas de vida e nas diferentes actividades e situações.

Actualmente e em termos médico-legais, os impactos físicos-funcionais enquadram-se na noção de dano corporal, que remete para o “prejuízo sofrido por alguém, no conjunto das dimensões humanas que caracterizam cada indivíduo: o organismo, as funções ou capacidades, o plano intra-psíquico e o meio ambiente no qual se insere e interage, podendo ser o resultado de múltiplas causas: doenças, estados fisiológicos ou traumatismos”. O dano engloba portanto várias planos que não se reduzem ao do organismo e das funções, englobando assim no plano intra-psíquico os danos morais, no organismo as sequelas lesionais, nas funções as sequelas funcionais e no meio as sequelas situacionais ou *handicaps*.

Imagine-se que um trabalhador sofre um acidente de trabalho aquando do movimento de uma carga

que lhe provoca um traumatismo no ombro, resultando numa lesão. Esta lesão traduziu-se numa fractura do colo do úmero direito, que evoluiu até ao estabelecimento de sequelas lesionais, ou seja, à rigidez da articulação do ombro direito. Esta rigidez resultou por sua vez em sequelas funcionais, como a dificuldade do trabalhador em colocar a mão direita em determinados pontos de um espaço. Esta última sequela, por sua vez, resulta em sequelas situacionais que representa a dificuldade ou impossibilidade de uma pessoa efectuar certos gestos necessários à sua participação na vida quotidiana, social, afectiva, profissional. Neste caso, o trabalhador passou a ser incapaz de erguer determinadas cargas, dificuldade esta apenas superável com determinada ajuda técnica ou humana.

Imagine-se outro trabalhador que após a utilização de uma máquina de corte é vítima da amputação traumática do segundo dedo da mão direita. Esta ausência do dedo (sequela lesional) leva a dificuldades na preensão com a mão direita (sequela funcional) que conduz à impossibilidade do indivíduo tocar piano nas horas de lazer e de continuar a manejar o equipamento de trabalho com a mão de maior destreza, a mão direita.

A figura que se segue (Esquema 1), adaptada de Magalhães, T. (1998), esquematiza os exemplos enunciados através da representação da produção de dano corporal após acidente de trabalho, mostrando múltiplas interacções. Na produção de dano estão envolvidas as seguintes alterações sucessivas:

**Lesões: resultado de um traumatismo, manifestando-se por alterações objectivas sofridas por um ou mais órgãos na sua estrutura e/ou funcionamento, podendo ir até à sua perda total.

***Sequelas lesionais: alterações orgânicas permanentes na estrutura anatómica ou funcional do órgão e correspondem a um estado relativamente estabilizado das lesões.

****Sequelas funcionais: alterações das capacidades físicas ou mentais (voluntárias ou involuntárias), características de um ser humano, tendo em conta a sua idade, sexo e raça.

*****Sequelas situacionais: representam a dificuldade ou impossibilidade de uma pessoa efectuar certos gestos necessários à sua participação na vida em sociedade (actividades da vida quotidiana, da vida afectiva e social, da vida profissional e/ou de formação).

Como é evidenciado pelo Esquema 1, a noção de dano corporal tem de ser acoplada aos factores pessoais e do meio. Neste sentido, a metodologia de avaliação e reparação do dano corporal, no âmbito do Direito Civil, incorporou a noção de tridimensionalidade do dano –familiar, profissional e social - no sentido de abranger o indivíduo em todas as suas dimensões de funcionamento e não apenas na dimensão anatómica.

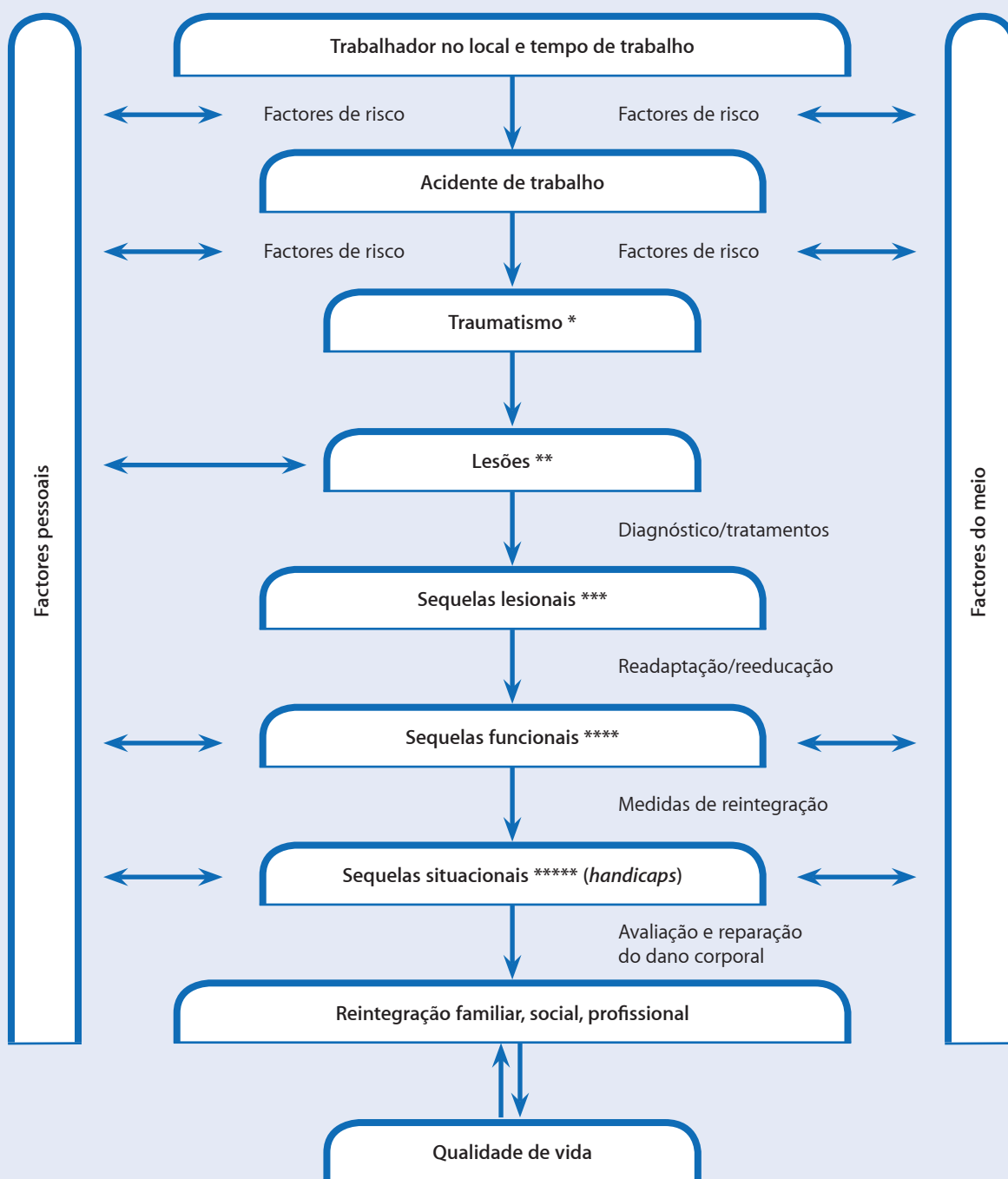
Para medir a gravidade do dano corporal nesta tridimensionalidade, e no sentido de determinar o grau de incapacidade, foi construído um Inventário de Avaliação do Dano Corporal (Magalhães, 1998). Este inventário está dividido em três escalas, para avaliar antes e depois do acidente, existindo para cada uma os seguintes itens:

1. Sequelas lesionais
 - Crânio e pescoço;
 - Face;
 - Ráquis e medula;
 - Tórax e abdómen;
 - Membros.
2. Sequelas funcionais
 - Postura, deslocamentos e transferências;
 - Manipulação/preensão;
 - Comunicação;
 - Sentidos/percepção;
 - Cognição/afectividade;
 - Controlo de esfíncteres;

Esquema 1

Representação da produção do dano corporal

Adaptado de Magalhães, T. (1998). Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação (sua aplicação médico-legal). Coimbra: Almedina.



- Ingestão;
- Sexualidade/procriação;
- Outras (Dor, adaptação ao esforço físico).

3. Sequelas situacionais

- Actos da vida corrente;
- Vida afectiva e social;
- Vida profissional ou de formação;

Este inventário para além de ter o intuito de medir o dano corporal de forma abrangente, inclui várias dimensões de impactos físico-funcionais, que deverão ser contextualizados nas várias esferas de vida do indivíduo e na sua participação nestas esferas, nomeadamente na esfera social, profissional, doméstica, familiar, de formação. A Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), a ser abordada posteriormente, propõe também a consideração não só dos impactos ao nível das estruturas e funções do corpo, mas também ao nível das actividades e participação nos vários contextos. Daí que os impactos físicos-funcionais tenham de ser tratados em estreita interacção com os outros impactos, nomeadamente os económicos, psicológicos e morais, familiares e sociais.

2.2. Classificação dos impactos físico-funcionais

Em termos internacionais e de modo muito generalizado pelos vários países incluindo Portugal, a classificação que permite organizar os diferentes impactos físico-funcionais é a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esta classificação não se limita à análise das estruturas e funções do corpo. Engloba quer domínios da saúde quer domínios relacionados à saúde, o que se traduz por considerar quer as funções e estruturas do corpo, quer as actividades e participação. A incapacidade nesta classificação abrange as incapacidades e as limitações de actividades ou restrições na participação, abordando a perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade.

A CIF estrutura a informação em duas partes, cada uma com dois componentes:

- Parte 1. Funcionalidade e Incapacidade
 - A) Funções e Estruturas do Corpo
 - B) Actividades e participação
- Parte 2. Factores Contextuais
 - A) Factores ambientais
 - B) Factores pessoais

Parte 1. Funcionalidade e Incapacidade

Esta parte inclui a componente do Corpo, quer em termos das funções dos sistemas do corpo, quer em termos de estruturas do corpo. Inclui também a componente de Actividades e participação, que engloba aspectos individuais e sociais ligados à funcionalidade.

A) No que diz respeito à componente do corpo, são oito funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, a cada qual corresponde uma estrutura do corpo. O indivíduo pode assim sofrer de um desvio importante ou uma perda nas seguintes funções/estruturas:

Funções	Estruturas
1. Funções mentais (quer ao nível das funções mentais gerais, nomeadamente a consciência, a orientação, as funções intelectuais, as de temperamento e da personalidade, da energia e dos impulsos, o sono, entre outras, quer ao nível das funções mais específicas como a atenção, a memória, a percepção, o cálculo);	1. Estruturas do sistema nervoso;

Funções	Estruturas
2. Funções sensoriais e dor (relacionadas com as funções da visão, as funções auditivas, gustativas, olfactivas, tácteis, e com a sensação de dor);	2. Olho, ouvido e estruturas relacionadas;
3. Funções da voz e da fala;	3. Estruturas relacionadas com a voz e a fala;
4. Funções do aparelho cardiovascular , dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório;	4. Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório;
5. Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino;	5. Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino;
6. Funções geniturinárias e reprodutivas;	6. Estruturas relacionadas com os aparelhos geniturinário e reprodutivo;
7. Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento (incluindo as funções das articulações e dos ossos, as funções musculares e as funções relacionadas com o movimento);	7. Estruturas relacionadas com o movimento;
8. Funções da pele e estruturas relacionadas.	8. Pele e estruturas relacionadas

B) Para além destas funções e estruturas que podem ser afectadas, há actividades e níveis de participação nas mesmas que as lesões e/ou doenças poderão afectar, nomeadamente a(s):

1. Aprendizagem e aplicação de conhecimentos;
2. Tarefas e exigências gerais;
3. Comunicação;
4. Mobilidade;
5. Auto-cuidados;
6. Vida doméstica;
7. Interações e Relacionamentos interpessoais;
8. Áreas principais da vida;
9. Vida comunitária, social e cívica;

A **aprendizagem e aplicação de conhecimentos** pode ser afectada não só ao nível das experiências sensoriais intencionais, como da capacidade de observar e ouvir, como também ao nível da aprendizagem básica em operações como a imitação, a aprendizagem da escrita, do cálculo ou de outras competências. Por vezes pode ser apenas afectada a capacidade de aplicar conhecimentos, no sentido de resolver problemas, de tomar decisões, de proceder a cálculos.

Os acidentes de trabalho e/ou as doenças profissionais podem impossibilitar o indivíduo de continuar a realizar as suas **tarefas de rotina diária**, como por exemplo, tomar banho ou dar banho aos filhos, passar a ferro, ou lavar uma panela. Por vezes, a incapacidade prende-se com a realização de tarefas múltiplas, podendo o indivíduo conseguir tomar chá, mas não ser capaz de pegar com uma mão na chávena e outra no pires, realizando duas tarefas em simultâneo. A capacidade de lidar com o stress e exigência psicológica de determinadas tarefas também pode ser afectada.

Outra área que pode sofrer impactos é a **comunicação**. Imaginemos um indivíduo sujeito a uma exposição prolongada de valores de ruído acima dos recomendados que começa a sofrer de falta de acuidade auditiva. Este facto poderá prejudicar a comunicação com os outros, quer ao nível da recepção de mensagens orais, quer mesmo ao nível da própria capacidade de conversação e discussão. As afasias que se sucedem muitas vezes a Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE) podem fazer com que um indivíduo perceba determinadas palavras e já não perceba outra categoria de palavras.

A **mobilidade** é uma tarefa fundamental para o indivíduo que lhe confere muita da autonomia que necessita. As lesões motoras afectam muitas vezes a mobilidade, quer ao nível da mudança e/ou manutenção da posição do corpo, quer ao nível das deslocações por diferentes locais ou ao nível do transporte, manuseamento e movimento de determinados objectos.

As actividades relacionadas com os **auto-cuidados** prendem-se com o lavar-se, o cuidar do corpo, vestir-se, comer, beber, entre outros. Em alguns casos os acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais impossibilitam temporária ou permanentemente a concretização destas tarefas sem apoio de terceiros.

A **vida doméstica** do indivíduo também poderá ser afectada, interferindo a lesão/doença com a capacidade para realizar tarefas domésticas, como por exemplo preparar as refeições, cuidar dos objectos da casa e ajudar os outros, adquirir bens e serviços para viver, ir fazer compras ao supermercado, ir renovar o bilhete de identidade. Isto pode levar a uma redistribuição das tarefas por outros elementos da família, o que têm implicações na estrutura e funcionamento familiar. Esta dimensão será posteriormente abordada nos impactos familiares e sociais.

A lesão e/ou doença poderá também afectar as **Áreas principais da vida**, como a educação, o trabalho e emprego, a vida económica, a **Vida comunitária, social e cívica**, as **Relações interpessoais**.

Em suma, as consequências físico-funcionais dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais não se limitam aos impactos nas funções e estruturas do corpo, incidindo igualmente nas actividades e participações nas várias esferas de vida do indivíduo.

Parte 2. Factores contextuais

A segunda parte da CIF, relacionada com os factores contextuais, engloba os factores ambientais e os factores pessoais.

A) Os **factores ambientais** consistem nas influências externas do mundo físico, social e de atitude nos quais os indivíduos vivem e conduzem a sua vida. Estes factores podem ter uma influência positiva ou negativa sobre a funcionalidade e a incapacidade do indivíduo, sobre o seu desempenho enquanto membro da sociedade, sobre a capacidade do indivíduo de executar acções ou tarefas, ou sobre uma determinada função ou estrutura do corpo.

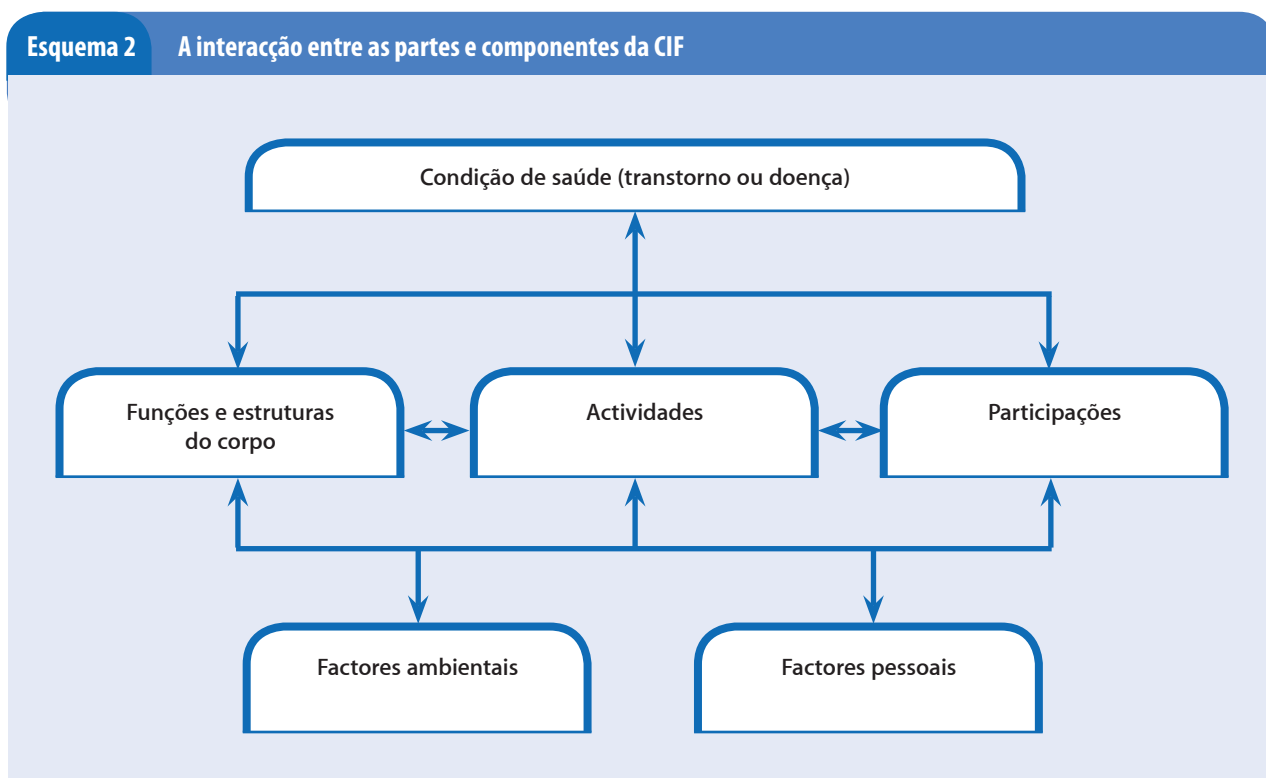
Os factores ambientais são classificados segundo as seguintes dimensões:

1. Produtos e tecnologias
2. Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano
3. Apoio e relacionamentos
4. Atitudes
5. Serviços, sistemas e políticas

B) Os **factores pessoais** encontram-se num nível mais próximo do indivíduo, em espaços como o lar, o local de trabalho, a escola. Correspondem às características físicas e materiais do ambiente em que o indivíduo se encontra, aos seus atributos resultantes da sua história e estilo de vida e do contacto directo com os outros, nomeadamente com os familiares, conhecidos, colegas.

Podem incluir o sexo, a raça, a idade, o estilo de vida, os hábitos, a educação, a profissão, a personalidade, experiências de vida, entre outras características pessoais que podem desempenhar um papel na incapacidade.

O Esquema 2 que se segue resume as várias partes e componentes da CIF já descritas, em estreita interacção, mostrando que “a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interacção dinâmica entre os estados de saúde (doenças, distúrbios, lesões, traumas, etc.) e os factores contextuais”.



Complementando a interpretação da figura, quando as funções e estruturas do corpo sofrem um desvio significativo ou perda surge a deficiência. Por outro lado, as componentes das actividades e participações são avaliadas por dois qualificadores: a capacidade e o desempenho. A capacidade descreve a habilidade de um indivíduo executar uma tarefa ou acção num ambiente “padronizado”. O desempenho descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente actual, na situação de vida específica e real.

Um indivíduo pode:

- Ter uma deficiência sem limitação de capacidade (Ex. Indivíduo com uma desfiguração)
- Ter problemas de desempenho e limitações de capacidade sem deficiência evidente (Ex. Redução de desempenho devido a várias doenças)
- Ter problemas de desempenho sem deficiência ou limitações de capacidade (Ex. Indivíduo portador de HIV – positivo que enfrenta estigma ou discriminação nas relações de trabalho)
- Ter limitações de capacidade sem assistência, e nenhum problema de desempenho no ambiente actual (Ex. Indivíduo com limitações de mobilidade que se consegue movimentar com o auxílio de tecnologia).

Os dispositivos de auxílio, como por exemplo, as ajudas técnicas, não podem eliminar as deficiências mas podem remover as limitações da funcionalidade em domínios específicos.

Para resumir toda a caracterização da CIF apresenta-se o seguinte quadro:

Quadro 1 Caracterização esquemática da CIF In OMS (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.				
	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Factores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do corpo	Actividades e Participação	Factores ambientais	Factores pessoais
Domínios	Funções do corpo Estruturas do Corpo	Áreas vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) Mudanças nas estruturas corporais (anatômicas)	Capacidade: Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho: Execução de tarefas no ambiente actual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e de atitude	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspecto positivo	Integridade funcional e estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspecto negativo	Deficiência	Limitação da actividade Restrição de participação	Barreiras/Obstáculos	Não aplicável
	Incapacidade			

Esta classificação introduz assim a abordagem dos impactos físico-funcionais, encarados como impactos não só ao nível das funções e estruturas como também ao nível das actividades e participação, em estreita interacção com os factores contextuais.

2.3. Ilustração de algumas doenças e lesões profissionais e seus impactos

Os impactos físico-funcionais variam muito consoante o tipo de lesão/doença profissional, as características da vítima, a forma como esta foi socorrida ou tratada, entre outros factores que levam a que cada situação tenha de ser analisada individualmente. Seguir-se-á uma breve sensibilização para possíveis impactos que duas doenças profissionais frequentes em Portugal podem ter, bem como uma consequência grave de um acidente de trabalho. No final, abordar-se-á a problemática de outros problemas de saúde relacionados com o trabalho, como a depressão e ansiedade, que poderão igualmente ter impactos físico-funcionais no indivíduo.

2.3.1. As perturbações músculo-esqueléticas

As perturbações músculo-esqueléticas ou doenças osteo-musculares e do tecido conjuntivo relacionadas com o trabalho têm uma origem multifactorial complexa, sendo estes factores geralmente subdivididos em três categorias, muitas vezes interrelacionáveis:

- a) Factores relacionados com exigências biomecânicas do trabalho;
- b) Factores psicossociais e de organização do trabalho;
- c) Factores individuais.

- a) As exigências biomecânicas são superiores à capacidade funcional do indivíduo quando as tarefas de trabalho implicam, por exemplo, movimentos mecânicos repetidos por períodos de tempo prolongados, utilização de ferramentas vibratórias, posições forçadas e cargas excessivas.
- b) Os factores relacionados com a organização do trabalho prendem-se com as exigências de produtividade, competitividade, programas de incentivo à produção e qualidade que levam à intensificação e controlo excessivo dos trabalhadores. Segundo Assunção (1998), os factores biomecânicos constituem factores de risco dependendo das margens que a organização do trabalho deixa para que o indivíduo organize a sua actividade, podendo assim, evitar-se a exposição ao factor biomecânico.
- c) Finalmente, os factores mais intrínsecos ao trabalhador como os seus traços de personalidade e a sua história de vida podem também colocá-lo em maior risco. Uma fractura no passado mal consolidada num tendão poderá tornar o trabalhador mais vulnerável ao atrito provocado por uma ferramenta manual de trabalho. Muitas vezes também o elevado perfeccionismo do trabalhador, e/ou as exigências de produtividade, levam a que este ignore sinais importantes da manifestação inicial da doença, o que poderá contribuir para que esta última se desenvolva de forma muito mais grave.

Estas perturbações interferem consideravelmente no dia-a-dia do trabalhador, quer no contexto profissional quer nos outros contextos. São caracterizadas por uma dor crónica que se manifesta predominantemente no pescoço, na cintura escapular e/ou membros superiores, podendo afectar tendões, músculos e nervos periféricos. Para além da dor, outras implicações nas estruturas e funções do corpo se podem destacar, nomeadamente alterações sensitivas de fraqueza, cansaço, peso, dormência, sensação de “formigueiro”, sensação de diminuição, perda ou aumento de sensibilidade, choques. Os doentes têm muitas vezes dificuldades no uso dos membros superiores, especialmente as mãos, havendo em alguns casos áreas de hipotrofia ou atrofia.

Todas estas sensações e esta dificuldade no uso dos membros dificulta todas as actividades profissionais e de vida diária que passam pela utilização dos membros superiores, que pode ir desde o pegar ao colo os filhos, até ao cozinhar, ao trabalhar no computador ou usar/manejar alguma ferramenta de trabalho.

Num estudo realizado por Morse et al. (1998), os indivíduos vítimas de perturbações musculó-esqueléticas em quase 50% dos casos têm dificuldades na realização de tarefas domésticas, na simples abertura de recipientes ou em carregar sacos, como ilustra o quadro seguinte:

Quadro 2 Rácios relativos ao nível da existência de dificuldades nas tarefas de vida diária		
	Casos de Doença Profissional de natureza musculó-esquelética	
	Nº	%
Escrita	96	32.9
Preensão	69	23.6
Tarefas domésticas	135	46.2
Abertura de recipientes	142	48.6
Cuidar de crianças	69	23.6
Carregar sacos	139	47.6
Escovar	80	27.4
Tomar banho	91	31.2
Conduzir	113	38.7

A disfunção e incapacidade que estas perturbações podem gerar varia muito de indivíduo para indivíduo. São dois os critérios fundamentais estabelecidos pela Associação Médica Americana ("Guide to Evaluation of Permanent Impairment", 1995): a dor, e a amplitude do movimento ou, por oposição, a limitação do movimento. A dor apesar da sua inquestionável importância é de difícil avaliação, já que não é mensurável ou detectável pelo modelo de doença clássico, baseado no enfoque de tecido ou órgão. A amplitude do movimento é medida e avaliada com base na comparação de várias tabelas e figuras esquemáticas. Outros critérios de avaliação físico-funcional poderão ser tomados em consideração nomeadamente neuropatias periféricas; distúrbios vasculares periféricos (edemas, calcificações arteriais, claudicação); presença de crepitações, desvios, deformidades; perda da força de preensão e pinça, entre outros transtornos funcionais, que poderão ser leves ou muito importantes, em que o doente não é capaz de levar a cabo as suas actividades de vida diária, tendo de ser ajudado por outras pessoas. Também ao nível da mobilidade, pela dificuldade no movimento de objectos, (Ex. pegar num simples bule), ao nível dos auto-cuidados, em tarefas como escovar o cabelo, ou na vida doméstica, em actos como passar a ferro são muitas vezes registadas algumas restrições na capacidade e desempenho.

2.3.2. As perturbações auditivas

Outra doença profissional relativamente frequente em Portugal é a surdez profissional que tem impactos físico-funcionais consideráveis para o indivíduo. Segundo Galvão (s/data) "são as lesões provocadas pelo ruído que actualmente adquirem maior importância no conjunto de todas as doenças profissionais, embora se possa ainda afirmar que este valor está subestimado".

Quando a exposição ao ruído ultrapassa determinados limites quer de exposição prolongada (duração) quer de exposição a sons de grande intensidade, poderá provocar lesões auditivas, algumas irreversíveis.

O estudo clínico da surdez profissional começa pelo seu diagnóstico que depende de três factores: o tempo mínimo de exposição, o ruído com características sonotraumáticas e a imagem de lesão no traçado audiométrico.

A instalação de uma surdez passa habitualmente por quatro estádios sucessivos. Primeiramente, com a exposição ao ruído, verifica-se uma fadiga auditiva, que consiste na redução da audição, acompanhada de zumbidos e de cansaço geral, que desaparece com o repouso e reaparece com o reinício da actividade profissional no dia seguinte. Segue-se um período de latência, em que o trabalhador se adapta aos níveis de ruído, desaparecendo as queixas. Geralmente após alguns anos dá-se um agravamento dos zumbidos e a diminuição da audição começa a afectar as interacções com os outros até que se instala a surdez.

Quando a surdez se instala e torna-se impeditiva da normal comunicação oral, muitas outras actividades da vida diária são afectadas, como por exemplo, atender e falar ao telefone, tarefa essa muitas vezes também profissional.

A acompanhar a surdez existem geralmente zumbidos, nomeadamente quando a lesão é neuro-sensitiva, o que poderá acarretar muita ansiedade, agitação, irritabilidade e cansaço para o indivíduo, podendo mesmo contribuir para o aparecimento de sintomatologia depressiva.

As perturbações auditivas podem prejudicar o normal funcionamento do indivíduo nos seus vários contextos, devido à incomodidade do ruído, à impossibilidade de comunicação social, às perturbações decorrentes, tais como a depressão e a ansiedade, e ainda devido a outros factores, nomeadamente factores relacionados com mecanismos neurológicos, como o facto do ruído diurno alterar a qualidade do sono nocturno.

Áreas como a "Comunicação", as "Interacções e relacionamentos interpessoais", a "Vida comunitária, social e cívica" e a "Educação, trabalho e emprego" são áreas muitas vezes seriamente prejudicadas pela surdez, que leva a que a diminuição da inteligibilidade da palavra falada prejudique o relacionamento profissional e social, faz aumentar os conflitos familiares, levando em alguns casos o indivíduo ao isolamento.

O ruído pode também vulnerabilizar o indivíduo para problemas de saúde como a hipertensão, hipertrofia e enfarte do miocárdio, devido à maior sensibilização às catecolaminas existentes, o que diminui a esperança de vida do indivíduo.

2.3.3. Os traumatismos craneo-encefálicos

Os traumatismos craneo-encefálicos podem ocorrer aquando de um acidente de trabalho, provocando disfunções neurológicas temporárias ou permanentes. Muitos dos custos e incapacidades que estes traumatismos causam permanecem escondidos e, por vezes, não há provas físicas evidentes nos sobreviventes. Mas podem efectivamente mudar severamente e permanentemente a vida de um indivíduo, resultar em rupturas familiares, em perda de rendimento e de potencial de ganho (Khan, F & Cameron, I., 2003). Muitos destes traumatismos resultam de acidentes rodoviários e de quedas (idem).

As consequências de um traumatismo craneo-encefálico verificam-se a vários níveis (Khan, F & Cameron, I., 2003):

- Consequências neurológicas (motor, sensorial e automático):
 - Redução da capacidade motora – coordenação, equilíbrio, marcha, discurso, gestos
 - Perda sensorial – gosto, tacto, audição, visão, olfacto
 - Perturbação do sono – insónia, fadiga
 - Outras complicações médicas - Ex. epilepsia pós-traumática.
 - Disfunção sexual

- Alterações cognitivas
 - Redução da memória, dificuldades na aprendizagem, alterações na atenção e concentração; redução da fluidez do discurso e da flexibilidade do processamento do pensamento; dificuldades nas competências de resolução de problemas;
 - Problemas no planeamento, organização e tomada de decisão;
 - Problemas ao nível da linguagem – afasia, problemas na evocação de palavras, dificuldades de leitura e de escrita;
 - Problemas ao nível do julgamento e crítica e da avaliação do perigo.

- Mudanças comportamentais e de personalidade
 - Dificuldades sociais e de competências de coping, redução da auto-estima;
 - Alterações no controlo emocional, baixa tolerância à frustração e dificuldades na gestão da raiva, negação e egocentrismo;
 - Redução da capacidade de intuir;
 - Desinibição, impulsividade;
 - Perturbações psiquiátricas – ansiedade, depressão, desordem de stress pós-traumático, psicoses;
 - Apatia, anedonia.

- Consequências comuns no estilo de vida
 - Desemprego e perdas financeiras;
 - Falta de alternativas de transporte;
 - Oportunidades recreativas inadequadas;
 - Dificuldades em manter determinados relacionamentos interpessoais, rupturas conjugais;
 - Perda dos papéis desempenhados antes da lesão, perda de autonomia.

Alguns estudos apontam o facto das mudanças comportamentais e cognitivas, as dificuldades na manutenção de relações interpessoais e de lidar com as exigências profissionais serem relatadas pelas vítimas como mais incapacitantes que os défices físicos residuais (NIH Consensus Statement, 1998).

2.3.4. A depressão e a ansiedade

A depressão e a ansiedade são dois problemas de saúde, muitas vezes relacionados com o trabalho, que apesar de muitas vezes não serem consideradas doenças profissionais pela dificuldade em estabelecer nexo de causalidade, acarretam impactos físico-funcionais consideráveis para o indivíduo, nomeadamente redução da capacidade de adaptação, redução da capacidade de lidar com a mudança, dificuldades na aprendizagem e memória, diminuição da auto-estima, dificuldades de relacionamento interpessoal, irritabilidade ou passividade, apatia, diminuição da produtividade. Estes problemas de saúde podem portanto não só afectar as funções e estruturas do corpo, uma vez que afectam o sistema imunitário, como as actividades e os níveis de participação em áreas como a “Aprendizagem”, a “Comunicação”, os “Auto-cuidados”, as “Interacções e relacionamentos interpessoais” e a “Vida comunitária”.

Os impactos físico-funcionais são, efectivamente, muito específicos de cada lesão/doença profissional, uma vez que incidem sobre diferentes estruturas e funções do corpo. Todavia, estes impactos não se revelam apenas no corpo mas também na participação e níveis de actividade do indivíduo em várias áreas da vida. Deste modo, os impactos físico-funcionais estão intimamente relacionados com os impactos que de seguida serão abordados, uma vez que têm de ser analisados não isoladamente mas em interacção com os vários contextos e dimensões de vida: a dimensão económica, profissional, psicológica e moral, social e familiar e a da qualidade de vida.

3

Impactos profissionais

A palavra trabalho vem do latim “tripalium”, referindo-se a um instrumento de tortura para punições dos indivíduos que, ao perderem o direito à liberdade, eram submetidos ao trabalho forçado. Do ponto de vista religioso, o homem foi condenado ao trabalho porque Eva e Adão constituíram o pecado. Apesar desta concepção mais negativa de trabalho, a verdade é que as novas teorias encaram hoje o trabalho como fonte de identidade e realização pessoal do indivíduo. Não será por acaso que qualquer pessoa se apresenta falando da sua profissão, porque de facto o trabalho caracteriza o seu ser. O conceito de trabalho é cada vez mais concebido como uma “experiência de convivência sadia, respeito, compromisso e que contribui para a qualidade de vida” dos indivíduos.

As consequências profissionais dos acidentes de trabalho têm, efectivamente, constituído uma importante área de investigação, atendendo a que as lesões decorrentes dos acidentes de trabalho afectam 1 em cada 15 trabalhadores (Bureau of Labor Statistics, 2003). Uma grande variedade de impactos poderão ocorrer nos trabalhadores lesionados, desde consequências a curto-prazo até consequências que incorrem transversalmente no tempo. Mesmo nos trabalhadores cuja lesão não tenha resultado em nenhuma incapacidade prolongada, poderão persistir problemas residuais como a dor, redução funcional e preocupações relacionadas com o estado de saúde e a futura empregabilidade (Keogh et al., 2000; Pransky et al., 2002; Rudolph et al., 2002).

Nesta perspectiva, sendo o trabalho uma fonte de realização para o indivíduo, os impactos ao nível profissional são tanto mais marcantes para o indivíduo quanto mais a sua realização pessoal depender da realização profissional. Neste contexto é possível identificar três situações distintas na ocorrência e caracterização de um acidente de trabalho:

- É vítima de um acidente em consequência das características da actividade profissional por ele desempenhada (acidente típico);
- É vítima de um acidente ocorrido no trajecto entre a residência e o local de trabalho (acidente de trajecto); ou,
- É vítima de um acidente ocasionado por qualquer tipo de doença profissional produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho, peculiar a determinado ramo de actividade constante de relação existente no Regulamento dos Benefícios da Segurança Social, ou por doença do trabalho adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione directamente, desde que constante da relação citada anteriormente.

Os riscos de ocorrência de acidentes, especialmente do primeiro e terceiro tipos, variam para cada ramo de actividade económica, em função de tecnologias utilizadas, condições de trabalho, características da mão-de-obra empregada e medidas de segurança adoptadas, dentre outros factores. A natureza do risco profissional, conforme definem Bedrikow, Baumecker e Buschinelli (1996) compreendem agentes mecânicos que em geral produzem efeitos de forma súbita e lesões do tipo traumáticos – acidentes de trabalho – e agentes físicos, químicos e biológicos, causadores de doenças profissionais. Acrescentam-se os riscos ergonómicos e, com importância crescente, factores psicossociais com repercussão em especial sobre a saúde mental dos trabalhadores. Mudanças nas tecnologias e nas formas de organização do trabalho, informatização, descaracterização da empresa como único local de trabalho e trabalho em domicílio, criam novas formas de risco.

Ocorrido um acidente de trabalho, as suas consequências podem ser categorizadas em:

- Simples assistência médica – o segurado recebe atendimento médico e retorna imediatamente às suas actividades profissionais;
- Incapacidade temporária – o segurado fica afastada do trabalho por um período, até que esteja apto para retomar a sua actividade profissional.
- Incapacidade permanente – o segurado fica incapacitado de exercer a actividade profissional que exercia à época do acidente. Essa incapacidade permanente pode ser total ou parcial. No primeiro caso, o segurado fica impossibilitado de exercer qualquer tipo de trabalho e passa a receber uma aposentadoria por invalidez. No segundo caso, o segurado recebe uma indemnização pela incapacidade sofrida (auxílio-acidente), mas é considerado apto para o desenvolvimento de outra actividade profissional.
- Óbito – o segurado falece em função do acidente de trabalho.

A avaliação da incapacidade parcial permanente não segue um critério único em todos os países. A atribuição de pesos ou taxas de invalidez, além de diferenciada, é, em alguns casos, incompleta. A situação é ainda mais crítica para as ocorrências de lesões múltiplas e para os acidentados com lesões preexistentes (ILO, 1971).

Do ponto de vista psicológico, o trabalho provoca diferentes graus de motivação e satisfação, principalmente, quanto à forma e ao meio no qual se desempenha a tarefa (Kanane, 1994). Da mesma forma, os impactos profissionais de uma lesão ou doença poderão variar muito de indivíduo para indivíduo.

Os impactos profissionais podem ser de diferente índole. Os impactos profissionais podem traduzir-se em dificuldades no regresso ao trabalho, quer por incapacidade temporária ou permanente, quer por perda de gosto, quer por perda de confiança.

Segundo o DETEFP (1998), 92% dos trabalhadores refere que não sofreu qualquer “perda de gosto” pelo trabalho assim como não existiu “perda de confiança” no trabalho. No entanto alguns estudos demonstram que após um acidente de trabalho ou doença profissional os trabalhadores experienciam vários sentimentos em relação ao trabalho, geradores de disfunção, nomeadamente:

- Sentimento de indignidade: sentido pelo facto de não obterem compreensão e apoio pelas suas dificuldades e terem de lidar com a indiferença perante a sua nova condição profissional;
- Sentimento de inutilidade: percebido pela falta de qualificação e de finalidade de trabalho, quando após um acidente ou doença são colocados em funções para as quais não conhecem a própria significação do seu trabalho em relação ao conjunto da actividade da organização;
- Sentimento de desqualificação: experimentado como a vergonha de não exercer funções compatíveis com a sua experiência e qualificação ou não ter oportunidade de sobressair nas suas funções, o que muitas vezes acontece quando o retorno ao trabalho não é realizado tendo em conta todo o manancial de experiências que o trabalhador foi adquirindo e que poderá aplicar noutros contextos.

A progressão na carreira também pode ser afectada. O facto de um trabalhador ter uma elevada experiência numa determinada função e ter de regressar ao trabalho noutras funções poderá limitar a sua progressão na carreira na medida em que irá iniciar-se em novas tarefas. Este factor pode ser atenuado se o plano de retorno ao trabalho tiver em conta todo o manancial de experiências que o indivíduo adquiriu ao longo da sua vida e procurar tirar partido deste reportório. A colocação de um trabalhador noutro posto poderá implicar a mudança de outro trabalhador residente, o que poderá ter implicações ao nível organizacional.

Para além disso, a própria relação com os colegas ou superiores hierárquicos poderá sofrer alterações. Havendo muitos departamentos ou serviços para os quais são definidos objectivos colectivos, o facto de um trabalhador com uma lesão ou doença profissional ser menos produtivo, ou ter uma taxa elevada de absentismo, poderá ser sentido como injusto para os colegas de trabalho que contribuem mais para os objectivos colectivos e que se sentem prejudicados.

A identificação dos custos e dos impactos dos acidentes de trabalho tem mobilizado um conjunto de acções de sensibilização e de informação para todas as partes interessadas, na medida em que a construção de

uma cultura de segurança só poderá ser desenvolvida com a participação sustentada e responsabilizante do conjunto de actores significativos neste processo. Neste quadro, a tomada de consciência pelo trabalhador do conjunto de custos e impactos para a empresa, ao nível individual, familiar e socialmente parece desempenhar um papel crítico na transformação das atitudes e comportamentos de segurança face ao trabalho.

Desta forma, o absentismo e as perdas de produção poderão ter consequências não só para o próprio, que pode ver os seus prémios de produtividade e de assiduidade reduzidos, como também para a empresa, como igualmente para os colegas de trabalho que poderão ser sobrecarregados com trabalho ou prejudicados em termos de evolução e prémios.

O custo elevado dos acidentes de trabalho, que excedem o prémio dos seguros pago pela empresa, tanto em espécies como em dinheiro assumem múltiplas consequências, tais como;

- Perda de serviços;
- Perda de reputação;
- Possíveis processos em tribunal;
- Atrasos no cumprimento dos compromissos;
- Queda na produtividade;
- Falta de motivação dos trabalhadores;
- Absentismo dos trabalhadores;

A situação é bem diferente em vários países europeus, justificando a necessidade de intercâmbio de experiências e de desenvolvimento conjunto. Mesmo a nível da União Europeia, as estatísticas disponíveis nos Estados Membros põem em evidência o elevado custo humano e social das consequências dos acidentes e das doenças ocasionadas pelo trabalho.

Calcula-se em cerca de dez milhões o número anual de acidentes de trabalho e doenças profissionais no espaço comunitário. Desta situação resultam custos humanos e sociais altamente significativos, para além de uma enorme sobrecarga para a economia. A título de exemplo, em 1992 (de acordo com dados da UE) os custos directos pagos, a título de indemnização, por acidentes de trabalho e doenças profissionais ascenderam a cerca de 27000 milhões de ECU's. Este número ainda seria muito maior se tivessem sido contabilizados os custos indirectos, como os danos em máquinas, as perdas de produção e os custos de substituição de pessoal, entre outros.

A nível nacional, e segundo o Livro Verde sobre a Organização das Actividades de Segurança e Saúde no Trabalho, publicado pelo IDICT - Instituto de Desenvolvimento de Inspeção das Condições de Trabalho, calcula-se que os acidentes de trabalho custaram 600 milhões de contos no ano de 1994, revelando que a segurança social subsidiou mais de 93 mil dias de trabalho no ano em apreciação. No que toca a doenças profissionais com incapacidade permanente, o número de pensionistas aproximava-se dos 18 000, o que representa um encargo de 6 milhões de contos. No mesmo período, o Instituto de Seguros de Portugal acusava gastos com acidentes de trabalho superiores a 55 milhões de contos. O estudo do IDICT salienta ainda que estes valores representam apenas custos directos, não incluindo os danos em equipamento nem perda de produtividade. Há ainda a referir uma subavaliação de números, resultante das características do actual sistema de comunicação e registo de doenças profissionais. Os riscos e problemas em matéria de saúde e segurança no local de trabalho estão ainda a ser ampliados por novos intervenientes e novos aperfeiçoamentos tecnológicos e métodos de produção, a crescente mobilidade e flexibilidade das situações de trabalho, o que origina problemas de desadequação profissional dos trabalhadores e desempenhos ineficientes, face às actuais exigências do mercado de emprego.

No caso de trabalhadores mais velhos, as consequências residuais de uma lesão em contexto de trabalho poderão afigurar-se especialmente severas. Diversas investigações têm documentado, nestes casos, lesões mais severas, maiores taxas de mortalidade, maior curso de tempo da incapacidade e maiores níveis de problemas de saúde residuais comparativamente a trabalhadores mais novos (Agnew and Suruda, 1993; Personick and Windau, 1995; Mayer et al., 2001). Um dos efeitos adversos para os trabalhadores mais velhos consiste na

sua reforma antecipada do contexto profissional decorrente dos aspectos de saúde. Numerosos estudos têm demonstrado que os trabalhadores nos sectores de produção detêm um maior risco de aposentação precoce após terem contraído uma lesão no contexto de um acidente de trabalho (Sammartino, 1987; Ruhm, 1989). Adicionalmente, os trabalhadores que se retiram precocemente da vida profissional devido a problemas de saúde têm maior probabilidade de empobrecerem comparativamente àqueles que se retiram em níveis de saúde médios. Este resultado adverso constitui uma das preocupações centrais dado que a força de trabalho encontra-se a envelhecer rapidamente. O US Bureau of Labour Statistics projectou que, entre 1995 e 2005, o número de trabalhadores com idade igual ou superior a 55 anos irá aumentar a uma taxa anual de 2.5%, enquanto que o número de trabalhadores com idade igual ou superior a 25 anos e menor que 54 aumentará apenas 1.1% por ano (Costello, 1997). Ao mesmo tempo, para os trabalhadores mais velhos que viram diminuídas as suas capacidade de trabalho estão disponíveis menores opções de trabalho (Glass et al., 1995).

Diversos factores podem influenciar os resultados pós-lesão. Os trabalhadores mais velhos com condições de comorbilidade parecem encontrar-se em risco no que respeita a processos de recuperação mais prolongados (Benjamim and Pransky, 2001). Alguns trabalhadores nesta categoria etária podem efectivamente possuir menos potencial de recuperação (Zwart et al., 1995) fazendo com que seja mais difícil o seu retorno ao trabalho durante o processo de reabilitação. Diversos estudos observaram uma relação entre uma performance de trabalho reduzida e elevadas exigências físicas em trabalhadores mais velhos (Garg, 1991; Tuomi et al., 1997). O apoio no local de trabalho, quer do empregador quer dos empregados, tem sido considerado um elemento significativo na manutenção dos trabalhadores com incapacidades no exercício de funções profissionais (Daly and Bound, 1996), assim como tem sido considerado um factor importante na duração do período de absentismo após um acidente de trabalho (Pransky et al., 2001).

A literatura sobre os modelos explicativos do processo de abandono da actividade profissional, apesar de ser extensiva, fornece evidências reduzidas no que respeita aos factores que influenciam a decisão para deixar a mercado de trabalho (Shaw et al., 1996). A saúde, ou a percepção dos indivíduos sobre o seu estado de saúde, tem sido um dos factores citados em numerosos estudos enquanto factor crítico no processo de abandono da actividade profissional, assim como se encontraram mudanças nas atitudes relativamente à saúde em concomitância com a decisão de reforma antecipada (Fries and Crapo, 1981). A saúde parece desempenhar um importante papel na decisão de reforma antecipada; dados provenientes do Health and Retirement Study permitiram colocar em evidência que as pessoas que se aposentam com idades compreendidas entre os 51 e 59 tinham menos probabilidade de relatarem o seu estado de saúde como bom comparativamente à população em geral para a mesma idade (National Academy on an Aging Society, 2000). O ambiente de trabalho constitui-se como outro factor relacionado com o processo de reforma antecipada; aqueles com maiores níveis de satisfação no trabalho e com um trabalho compensador e um bom nível de acompanhamento e gestão reformam-se menos rapidamente do que aqueles cujo ambiente de trabalho é mais desgastante e fisicamente exigente (Ekerdt and DeViney, 1993). O alívio provocado pela saída de um ambiente de trabalho com reduzida qualidade pode constituir um factor motivacional significativo na decisão de abandono da vida profissional (Shaw et al., 1996). Os aspectos financeiros são igualmente importantes, mas as condições de saúde parecem desempenhar um factor motivacional mais forte, na medida em que aqueles que se retiram da força de trabalho parecem estar financeiramente menos preparados do que aqueles que permanecem (Ycas, 1987).

Num estudo de referência levado a cabo por Pransky et al (2005) foram inquiridos 2734 trabalhadores com lesões decorrentes de acidentes de trabalho, chegando-se aos seguintes resultados:

- 504 trabalhadores (47%) perderam pelo menos 1 dia de trabalho devido à lesão e foram objecto de consultas subsequentes. A sua média de idade foi de 60 anos (intervalo de 55 a 80 anos) 42% eram do sexo feminino, 79% tinham o 12º ano, 71% eram casados e 21% já se haviam retirado de um emprego anterior. Em média, os inquiridos trabalharam no mesmo tipo de ocupação durante 14 anos e 8.5 anos com o mesmo empregador. De uma forma global, 21% ganharam menos de 21,000\$ ano/pré-lesão (Tabela II). 55 inquiridos (11%) responderam que a sua lesão alterou a sua decisão / plano de reforma da actividade profissional. No entanto, foi efectuado um conjunto de comparações entre este grupo e o grupo que perdeu apenas 1 dia de trabalho devido à lesão e que respondeu não ver alterado o seu plano de reforma da actividade profissional (n=449).

- Não existiram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tipo de ocupação, nível de dificuldade de execução da actividade profissional antes da lesão, nível de actividade física antes da lesão ou o número de lesões anteriores. O grupo que planeava reformar-se mais cedo possuía um menor nível de satisfação associado ao trabalho e um estado de saúde pré-lesão inferior ao outro grupo (Quadro 3).

Quadro 3 Características demográficas pré-lesão dos trabalhadores com período de absentismo no trabalho ≥ 55 . Comparação com os que alteraram os seus planos de reforma antecipada devido à lesão Versus os que não efectuaram nenhuma alteração			
Variável	Lesão com consequências ao nível dos planos de reforma antecipada N=55	Lesão sem consequências ao nível dos planos de reforma antecipada N=440	Significância da diferença
Média de Idade	60.4	60.5	N/S
Percentagem Sexo Feminino	50.9	41.6	N/S
Percentagem Casados	63.6	72.5	N/S
Nível Educacional (% em cada categoria)			N/S
<12º ano	19	20	
12º ano	44	43	
Frequência Universitária	23	25	
Licenciatura	14	12	
Rendimentos Familiares antes da lesão (%)			N/S
<\$10,000	54	4	
\$10,000-20,000	20	18	
\$21,000-30,000	2,9	32	
\$31,000-50,000	14	19	
\$51,000-75,000	4	18	
<\$75,000		10	
Média de anos com o mesmo empregador na altura da lesão	7.9	8.5	N/S
Média de idades a executar o mesmo tipo de trabalho	11.8	14.6	N/S
Nível de insatisfação profissional antes da lesão (score mais alto=menos satisfeito) (média)	7.9 (2.9)	6.4 (2.4)	T=3.64,P=0.001
Média de tempo (%) a experienciar dificuldade na execução do trabalho antes da lesão	25.2	18.4	N/S
Percentagem com absentismo devido a doença antes da ocorrência da lesão > 2 semanas	44	29	$\chi^2=4.99$ P=0.037
Percentagem com alguma lesão na mesma parte do corpo	33	23	N/S
Nível de actividade física no contexto de trabalho antes da lesão	3.36	3.40	N/S
Percentagem a receber benefícios de reforma	24	22	N/S
Percentagem com reforma antecipadas prévias	23	22	N/S

- Os inquiridos que responderam que os seus planos de reforma foram significativamente alterados pela ocorrência da lesão classificaram as suas lesões como severas (Quadro 4).
- Após a ocorrência da lesão as pessoas que registaram uma mudança significativa nos seus planos de reforma da actividade profissional experienciaram atitudes imediatas mais negativas por parte do empregador como resposta à ocorrência da lesão, assim como estavam menos satisfeitas com a comunicação do supervisor após a lesão. Este grupo estava muito menos satisfeito com as tentativas das seguradoras na disponibilização de assistência na obtenção de cuidados médicos no quadro das suas lesões.

Quadro 4

Experiências pré e pós-lesão

Comparação com os que alteraram os seus planos de reforma antecipada devido à lesão Versus os que não efectuaram nenhuma alteração.

	Lesão com consequências ao nível dos planos de reforma antecipada N=55	Lesão sem consequências ao nível dos planos de reforma antecipada N=440	Significância da diferença
Percentagem de lesões avaliadas como severas	58	36	$\chi^2=13.4, P=0.001$
Resposta negativa do empregador à lesão (Score mais alto = média da resposta mais negativa, SD)	1.15 (1.42)	0.49 (1.01)	$t= 3.33, P=0.001$
Percentagem de contactos efectuados pelo supervisor após a lesão	51	68	$\chi^2=5.7, P=0.017$
Percentagem de insatisfeitos com a comunicação do empregador	35	9.7	$\chi^2=30.4, P=0.000$
Percentagem de colaboradores que utilizaram baixa médica ou período de férias para ter assistência médica	45	22	$\chi^2=11.12, P=0.001$
Escala de problemas no retorno ao trabalho (score mais elevado = mais problemas)	1.29 (1.01)	0.61 (0.83)	$t=4.02, P=0.000$
Percentagem de insatisfeitos com os mecanismos de compensação das seguradoras	34	9.5	$\chi^2=41.56, P=0.001$

- O tipo do prestador de serviços que forneceu inicialmente cuidados médicos não foi significativamente diferente para os dois grupos, com 55% a serem tratados nos serviços de emergência médica dos hospitais (Quadro 5). O nível de atenção fornecido pelos prestadores de serviços às tarefas actuais dos trabalhadores e a percentagem de prestadores de serviços que forneceram aconselhamento na prevenção de futuras lesões foi semelhante nos dois grupos. Aqueles cujos planos de reforma mudaram significativamente relataram menos que o prestador tivesse efectuado recomendações sobre quando estariam em condições de retornar ao trabalho. Quando estas recomendações eram feitas, este grupo apresentou uma menor tendência a pensar que eram ajustadas à sua situação; uma elevada percentagem pensou que o seu retorno ao trabalho deveria ser equacionado mais tarde do que o previsto.
- No momento do inquérito (em média 6 semanas após a lesão), aqueles que apresentavam mudanças ao nível das suas decisões de reforma da actividade profissional, evidenciavam um nível significativamente pior no que concerne às medidas de saúde física e mental, funcionalidade profissional e relativamente

às preocupações sobre a sua futura capacidade para trabalhar. Após o retorno ao trabalho este grupo relatou um maior número de problemas na obtenção de adaptações ajustadas no contexto de trabalho, perda de rendimentos e de benefícios. Este grupo apresentou uma necessidade maior de usufruir de cuidados médicos recorrentes, utilização de medicação para quadros sintomatológicos de dor, assim como maiores problemas económicos atribuídos à ocorrência da lesão. O grupo que experienciou uma mudança significativa no seu plano de reforma da actividade profissional relatou uma capacidade diminuída para a execução das suas tarefas profissionais regulares. Indicativo desta diminuição da capacidade física é o facto de terem uma menor probabilidade de executarem a globalidade das tarefas do seu perfil funcional após o retorno ao trabalho. Este grupo experienciou igualmente uma mudança mais negativa ao nível da escala da qualidade de vida comparativamente à situação pré-lesão, relatando igualmente um conjunto de dificuldades económicas mais pronunciadas decorrentes da lesão.

Quadro 5 Serviços médicos para os trabalhadores com lesão			
	Lesão com consequências ao nível dos planos de reforma antecipada N=55	Lesão sem consequências ao nível dos planos de reforma antecipada N=440	Significância da diferença
Percentagem em cada categoria em que o prestador de serviços:			
Analizou e compreendeu o perfil funcional	86	91	N/S
Explicou claramente a situação médica	89	92	
Aconselhou sobre estratégias de evitar futuras lesões	37	37	
Questionou sobre outros problemas de saúde	63	66	
Percentagem que o prestador de serviços elaborou um conjunto de recomendações para o processo de retorno	66	78	$\chi^2=9.6, P<0.01$
Percentagem das recomendações, elaboradas pelo prestador de serviços, percebidas como:			$\chi^2=37.03, P<0.001$
No momento certo	68	93	
Demasiado cedo	0	1.3	
Demasiado tarde	32	6.0	
Serviços médicos: percentagem em cada categoria a receber:			
Terapia ocupacional ou fisioterapia	61	47	N/S
Injecções	37	23	N/S
Cirurgia	29	19	N/S
Medicamentos	92	76	$\chi^2=4.66, P<0.031$
Massagem	31	19	

Os estudos elaborados no domínio dos impactos profissionais decorrentes de acidentes de trabalho permitem colocar em evidência a abrangência e a elevada amplitude dos seus efeitos. Desta forma, os dados anteriormente apresentados permitem concluir que os impactos neste domínio variam em função do tipo de acidente e da duração da ausência, e registam-se ao nível da identidade profissional do próprio indivíduo, do seu reportório emocional -associado aos sentimentos através dos quais perspectiva o valor e o sentido do trabalho; expectativa futura de desenvolvimento do percurso profissional, qualidade e natureza das relações no contexto profissional e desencadeamento de reforma antecipada. Complementarmente, poderão verificar-

se no ambiente empresarial o aumento do índice de absentismo do trabalhador acompanhado com perdas de produção, perdas de serviços, perturbações nos níveis motivacionais dos colaboradores, decréscimo da produtividade e aumento de processos em tribunal. Neste sentido a investigação neste domínio parece demonstrar a relevância de adoptar uma perspectiva integrada de actuação no desenvolvimento de perspectivas de saúde e segurança no trabalho, atendendo à multidimensionalidade dos diferentes eixos de análise que sofrem impactos profissionais após a ocorrência de um acidente.

4

Impactos económicos

Para o trabalhador e sua família, este fenómeno está intimamente relacionado com a redução da qualidade de vida, não só pela diminuição do estado de saúde, mediado pela dor e o sofrimento moral ou físico, como também pela diminuição da capacidade financeira, na medida em que como consequência do absentismo serão reduzidos os seus rendimentos, para além dos encargos com as despesas com serviços e/ou equipamentos médicos.

Neste sentido, e de acordo com um estudo publicado na Aon Consulting Eurometer (2004), Portugal ocupa o segundo lugar dos países da União Europeia onde os trabalhadores têm de suportar mais encargos de doença, ficando apenas atrás da Eslováquia.

Apesar de na maioria dos países existirem mecanismos de compensação no quadro das doenças profissionais, num estudo elaborado por Morse et al (1998) os autores concluíram que os mecanismos existentes (1) não permitem o ressarcimento de todos os custos associados com a lesão, nem endereçam os custos associados às consequências sociais, e (2) muitos dos mecanismos de apoio não são mobilizados devido a dificuldades na elegibilidade provocadas por uma falta de reconhecimento na associação da lesão ao contexto profissional, bem como dificuldades em obter os apoios para as doenças profissionais. Os custos associados para cada doença profissional não são calculados previamente e definidos de forma abrangente o que obstaculiza o ressarcimento global das consequências da lesão. Os estudos relativos aos casos de pessoas que receberam compensações têm-se focalizado nos custos de diversas condições relativas aos empregadores e seguradoras. Brogmus et al. (1996) identificaram que as indemnizações pagas pela companhia de seguros Liberty no ano de 1992 no contexto das doenças profissionais de natureza musculo-esquelética atingiram os 6,760 Euros por caso, 80% mais do que a média da totalidade das indemnizações neste sector - 3,723 Euros por caso. As indemnizações relacionadas com lesões musculo-esqueléticas representam 5% dos custos totais neste sector. Hashemi et al. (1998) identificaram custos mais elevados no quadro das indemnizações devidas a lesões profissionais de natureza musculo-esquelética, chegando mesmo algumas indemnizações a representar uma parte significativa dos custos de incapacidade, sendo que 60% das indemnizações tinham um custo médio de aproximadamente 1000 Euros.

Yassi et al (1996) concluíram que os trabalhadores que mobilizaram os mecanismos de compensação no contexto de doenças profissionais de natureza musculo-esquelética perderam mais tempo de trabalho do que comparativamente a outros trabalhadores com lesões de natureza diferente (71.4 dias Vs 33.6 dias). Os custos associados foram maiores (5,569 € Vs 2,480 €) e a probabilidade de retorno ao trabalho nas mesmas funções era inferior (67.3% Vs 81%). Adicionalmente, os autores concluíram que apesar de 13% das pessoas com lesão musculo-esquelética terem retornado ao trabalho para o mesmo empregador mas com funções diferentes, uma larga percentagem de casos foi incapaz de retornar ao trabalho (2.9% Vs 0.5%). Os trabalhadores com lesões musculo-esqueléticas tinham igualmente uma maior probabilidade de terem recidivas no quadro do seu processo de retorno (18.9% Vs 9.6%).

No mesmo estudo, os autores colocaram em evidência que os empregadores que instituíam programas ergonómicos poupavam significativamente nos custos relacionados com os mecanismos de compensação, indicando que tais reclamações eram extremamente significativas do ponto de vista dos custos e das causas dos postos de trabalho. Um estudo desenvolvido pelo departamento governamental (U.S.) encontrou reduções significativas nos custos associados às indemnizações no quadro das doenças profissionais na

ordem dos 35% aos 91%, resultando de melhores processos de gestão médica e de programas de retorno ao trabalho.

No entanto, estes estudos não se debruçaram nos custos suportados pelos trabalhadores e a sua família (custos não compensados), os custos cobertos por outros empregadores disponibilizando sistemas de benefícios (seguros de saúde de grupo, tempo de doença, etc.) ou outros custos externalizados cobertos por programas sociais governamentais, tais como os da Segurança Social.

O Quadro 6 apresenta as características de ambos os casos – os casos de natureza musculo-esquelética no global e aqueles com um diagnóstico médico a estabelecer uma relação de causa-efeito entre a lesão e a situação de trabalho. Dos 291 casos apenas 31 (10.6%) activou um processo de compensação. Destes 31 casos, 25 estavam incluídos no grupo com diagnóstico médico estabelecendo um nexo de causalidade entre a lesão e as condições de trabalho. Dos 31 casos que activaram processos de compensação, 23 (74.2%) foram aceites pelas seguradoras. No que diz respeito ao facto do elemento com a lesão constituir a principal fonte de rendimento familiar, 8.3% dos casos relataram que desempenhavam esse papel antes da ocorrência da lesão. Mais de um terço das pessoas com lesão (102 ou 34.9%) relataram ter reduzido o seu ritmo de trabalho devido às suas condições de saúde (56 ou 47.1% dos casos com diagnóstico de causa-efeito). 47.1% dos casos relataram ter diminuído o desempenho das actividades familiares devido às condições de saúde (63.9% dos casos com diagnóstico que estabelece causa-efeito).

Quadro 6 Características auto-reportadas pelos acidentados do trabalho				
	Casos de Doença Profissional de natureza musculo-esquelética		Com diagnóstico médico a estabelecer relação causa-efeito entre doença e contexto profissional	
	Nº	%	Nº	%
Casos	292	100.0	119	100.0
Processos activados para obtenção de compensação	31	10.6	25	21.0
Elemento responsável pelo salário principal no contexto familiar	175	60.0	62	52.1
Redução do ritmo de trabalho devido à lesão	102	34.9	56	47.1
Redução das actividades domésticas	138	47.3	76	63.9

O Quadro 7 apresenta os factores sociais para as pessoas com lesão musculo-esquelética colocando em evidência a tendência para a modificação das actividades profissionais durante os 12 meses antes do reconhecimento da lesão. De igual forma, registou-se metade da probabilidade das pessoas com lesão musculo-esquelética serem promovidas nos 12 meses antes do seu reconhecimento. Este facto parece acarretar elevados custos económicos do ponto de vista individual e familiar, na medida em que existe uma perda significativa de ganhos futuros. Na mesma linha, as pessoas com lesão musculo-esquelética demonstraram uma maior probabilidade de se divorciarem nos 12 meses precedentes e mudarem de residência por questões financeiras.

Do ponto de vista dos benefícios sociais recebidos constata-se que ao nível dos apoios disponibilizados pelo estado, o subsídio de desemprego é o que atinge uma percentagem de mobilização mais elevada, sendo

Quadro 7 Factores profissionais e sociais decorrentes dos acidentes de trabalho

	Casos		Grupo de controlo	
	Nº	%	Nº	%
Redefinição de actividades profissionais mais leves	39	13.7	49	9.0
Dispensa de tempo	71	25.2	179	33.3
Promoção	22	7.9	85	16.0
Reforma precoce	6	2.1	25	4.6
Mudança de profissão	28	10.0	65	12.1
Stress no contexto familiar	80	28.8	127	23.6
Divorcio	20	7.1	21	3.9
Mudança: razões financeiras	18	6.4	15	2.8
Perda de residência	9	3.1	5	0.9
Perda do veículo automóvel	12	4.4	10	1.9
Perda do seguro de saúde	18	6.6	19	3.5

seguido por outras modalidades de prestações da segurança social. No domínio das fontes provenientes do empregador, o seguro de saúde constitui o apoio mais mobilizado com 17.5%. As fontes pessoais encontram-se todas em níveis muito semelhantes de mobilização, sendo que os empréstimos e as ofertas/donativos atingem os 2.7 e 3.1% respectivamente.

Quadro 8 Benefícios Sociais para as pessoas com doença profissional de natureza musculo-esquelética (n=292) Connecticut, 1996

	Benefícios recebidos	
	Nº	%
Fontes do estado		
Segurança Social	9	3.1
Desemprego	14	4.8
Senhas de comida	4	1.4
Welfare	4	1.4
AFDC	4	1.4
Formação de reconversão	4	1.4
Fontes do Empregador		
Seguro de saúde	51	17.5
Baixa médica/incapacidade	24	8.2
Fontes Pessoais		
Empréstimos	8	2.7
Ofertas/ donativos	9	3.1
TOTAL	131	
TOTAL: pessoas c/ um qualquer benefício	85	29.1

O Quadro 9 apresenta os resultados de um inquérito feito a pessoas com lesão musculoesquelética, no qual se perguntou quanto tinham gasto nas 2 semanas anteriores. Nessas duas semanas, 31 pessoas (10.6%) tiveram despesas que atribuíram à sua lesão (19 ou 16% das pessoas com diagnóstico de causalidade).

Estas despesas (custos médicos, transportes, equipamento, cuidado de crianças e trabalhos domésticos) perfizeram uma média de 177€ cada uma. Individualmente foi relatado um desvio padrão de 1€ até 1920€. Destes 31 casos, 22 relataram ter pago uma média de 189€ cada um no domínio das despesas médicas. Os autores fizeram um exercício de extrapolação destes custos para a amostra total, chegando às seguintes conclusões relativamente aos custos suportados individualmente:

- 489€ por pessoa/ano nos casos com diagnóstico de causalidade entre a lesão e o contexto de trabalho (31 casos x 177€ x 26 = custo anual total, dividido por 292);
- A extrapolação para igual período no estado do Connecticut perfaz uma estimativa de 71 milhões de Euros (baseada em 9.6% de casos com lesão musculoesquelética no quadro de uma força de trabalho de 1.52 milhões).

Quadro 9 Despesas suportadas individualmente por um período de 2 semanas, Connecticut, 1996

	Com diagnóstico médico a estabelecer relação causa-efeito entre doença e contexto profissional				Casos de Doença Profissional de natureza musculoesquelética			
	Nº	%	Total	Média	Nº	%	Total	Média
Saúde	15	12.6	3,728	249	22	7,5	4,158	189
Transportes	5	4.2	44	9	6	2.1	245	41
Equipamento	0	0.0	-	-	4	1.4	112	28
Cuidado de crianças	2	1.7	345	173	2	0.7	345	173
Trabalhos domésticos	1	0.8	400	400	3	1.0	640	213
Total	19	16.0	4,517	238	31	10.6	5,500	177

No estudo em análise, os entrevistados foram questionados se haviam feito consultas médicas ou outros tipos de tratamentos e testes de diagnóstico. No caso da resposta ser afirmativa era-lhes perguntado quem é que tinha suportado o custo decorrente e quantas consultas tinham tido nas 2 últimas semanas. As evidências relativas às despesas médicas sugerem que uma elevada percentagem dos cuidados de saúde foram pagos pelos seguros de saúde ou suportadas individualmente. Dos casos analisados, 174 (59.6%) relataram terem recorrido a um médico devido à sua condição de saúde. Dos 722 que relataram diferentes tipos de consultas médicas, apenas 142 (21%) relataram terem sido reembolsados pelos mecanismos de compensação estatais, com 479 (70.9%) das pessoas a verem pagas as despesas pelo seguro de saúde e 55 (8.1%) a suportarem directamente os custos decorrentes da lesão.

Em consequência de um acidente profissional e/ou doença o indivíduo participa e investe menos nos seus contextos de vida, o que poderá agravar o seu estado de saúde, bem como o tempo da recuperação. O absentismo frequente ou de longa duração poderá mesmo originar a perda de emprego, com todas as consequências económicas, sociais, psicológicas e morais para o indivíduo ou afectar as relações com os colegas e os superiores (Quadro 11).

O conjunto de impactos económicos engloba múltiplas dimensões da vida do indivíduo, sendo que cada uma das dimensões provoca inter-relações entre si, majorando as consequências decorrentes do acidente de trabalho. No domínio da saúde o cálculo dos custos económicos aparece, na maioria dos dados disponíveis

Quadro 10 Procedimentos por tipo de pagamento, Connecticut, 1996

	Compensação do Trabalhador		Seguro de Saúde		Despesa suportada pelo trabalhador		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Médico Pessoal	5	12.2	35	85.4	1	2.4	44
Médico Clínica Geral	7	10.9	52	81.3	5	7.8	68
Cirurgião	21	28.8	50	68.5	2	2.7	75
Especialista	8	15.1	40	75.5	5	9.4	55
Fisioterapeuta /terapeuta ocupacional	16	29.6	36	66.7	2	3.7	59
Massagem	1	5.6	12	66.7	5	27.8	23
Quiroprática	9	14.1	44	68.8	11	17.2	71
Acupunctura	1	20.0	3	60.0	1	20.0	8
Aconselhamento	1	20.0	3	60.0	1	20.0	6
Emergência médica	4	23.5	11	64.7	2	11.8	19
Raios-X	19	18.4	78	75.7	6	5.8	108
Ressonância MN	6	22.2	20	74.1	1	3.7	28
Electromiografia	11	30.6	23	63.9	2	5.6	36
Medicação	12	20.3	43	72.9	4	6.8	64
Primeira cirurgia	10	37.0	12	44.4	5	18.5	27
Segunda cirurgia	4	40.0	6	60.0		0.0	10

Quadro 11 Impactos económicos suportados pelo indivíduo

Fonte: Mossink, J. Et al. (2002). Inventory of socioeconomic costs of work accidents. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.

Factores	Descrição	Como determinar os custos económicos?
Saúde	Internamento hospitalar, medicamentos, outros tratamentos médicos, reabilitação não-médica (Ex. profissional), adaptações arquitectónicas da habitação, etc.	Valor das despesas de saúde que não é participado pelo seguro ou pela entidade patronal
Qualidade de vida	Esperança de vida, esperança de vida saudável, qualidade de vida ajustada à idade, incapacidades ajustadas aos anos de vida	Disposição para aceitar, disposição para pagar. Valor das reivindicações e compensações.
Dor e sofrimento	Para as vítimas, familiares e amigos	Não existe um método fiável.
Perda actual de rendimento	Perdas de rendimento no emprego actual e no segundo emprego	Reduções no rendimento actual e perdas de remuneração
Perda de eventuais ganhos futuros	Incluindo o segundo emprego	Diferenças entre o rendimento total previsto no futuro e o total das indemnizações e pensões.
Despesas não cobertas pelas seguradoras ou pelas indemnizações	Custos com transportes, visitas ao hospital, custos decorrentes de acidentes mortais (Ex. funeral)	Somatório de todas as despesas restantes da vítima e seus familiares, que não foram incluídos na indemnização

formalmente, elaborado de forma linear e aritmética não tomando em consideração o valor das despesas de saúde que não são comparticipadas pelo seguro ou pela entidade patronal. No quadro da qualidade de vida, o cenário encontra-se em fase de desenvolvimento, pelos que os dados relativos aos custos económicos referentes à esperança de vida saudável, qualidade de vida ajustada à idade, participação nos contextos sociais e de vida não são, de uma forma sistemática e estruturada, equacionados e parameterizados nos estudos formais desenvolvidos pelas instâncias reguladoras do sector. No que concerne aos custos económicos associados à dor e ao sofrimento a multiplicidade de métodos existentes parece fazer ressaltar a necessidade de desenvolvimento de uma plataforma de cálculo consensual no quadro dos processos de indemnização. As perdas actuais de rendimento constituem a dimensão mais utilizada dos actuais modelos existentes para cálculo das indemnizações. Relativamente ao cálculo das perdas de eventuais ganhos futuros, os actuais modelos tenderão a incluir um maior número de variáveis, ainda que seja extremamente complexo antecipar o desenvolvimento dos futuros eventos profissionais. As despesas não cobertas pelas seguradoras ou pelas indemnizações têm sido objecto de análise em diversos estudos e investigações fornecendo uma base sustentada para introduzir nos registos formais de monitorização no sector as variáveis e processos de cálculo utilizados. A disponibilização de dados fiáveis e abrangentes sobre os custos económicos dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais constituiu um eixo crítico para o desenvolvimento de políticas e medidas responsivas neste sector.

5

Impactos psicológicos e morais

As reacções a uma lesão ocorrida no trabalho ou a um problema de saúde relacionado com o trabalho variam muito. Alguns indivíduos culpam-se pelo acidente/doença, outros sofrem e entregam-se à dor e sofrimento, outros ainda isolam-se dos amigos, familiares e colegas. A personalidade de cada pessoa influencia as suas reacções e tem muita importância na forma como cada um lida com a sua lesão/doença, bem como no processo e velocidade de recuperação.

Um aspecto que pode diminuir o impacto psicológico e moral é o **grau de compreensão das suas condições médicas** e relativas ao tratamento/reabilitação. Estudos têm demonstrado que o grau de conhecimento que os trabalhadores têm relativamente ao diagnóstico e ao tratamento influencia o processo de recuperação.

A **personalidade** de determinados indivíduos pode ajudar ao desenvolvimento de uma doença profissional. Veja-se o caso de trabalhadores que dado o seu elevado perfeccionismo e sentido de dever, apesar das dores musculares, continuam a trabalhar a um ritmo elevado, o que só agrava a sua situação de saúde, levando-os a perturbações músculo-esqueléticas crónicas.

Muitas vítimas após o acidente ou lesão, ao depararem-se com limitações físico-funcionais, perdem a sua auto-confiança. O facto de deixarem de poder continuar com os seus hobbies também lhes retira parte da alegria, podendo levar à **depressão e ao isolamento**.

Muitas familiares das vítimas relatam **mudanças significativas no modo de funcionamento psicológico** destas últimas, relatando que estas passaram a ser mais introvertidas. A dificuldade, por exemplo, em lidar com uma nova aparência dificulta os relacionamentos interpessoais. Muitas vezes esta má aceitação do corpo pode levar à perda de intimidade entre os parceiros, o que pode provocar frustração e insatisfação conjugal.

A grande maioria destas vítimas relata **sentimentos de isolamento**, beneficiando muito com a ajuda de grupos de suporte ou terapias de grupo. As atitudes e demonstrações de apoio dos empregadores, colegas, supervisores, gestores afectam também bastante a recuperação psicológica e física destes trabalhadores, assim como a forma como os próprios percebem a sua nova condição e a sua capacidade para lidar com esta, o que é particularmente difícil nos casos de traumatismos craneo-encefálicos. Outras lesões por dificultarem a comunicação, como por exemplo a surdez, ou por implicarem uma mudança grande na aparência (Ex. queimaduras faciais) também acarretam muito isolamento.

As recuperações lentas causam muitas vezes **ansiedade** às vítimas, bem como o facto das vítimas sentirem que constituem um peso para os outros.

O facto de alguns acidentes de trabalho implicarem muita dor e sofrimento e serem traumáticos, faz muitas vezes com que as vítimas revivam o acontecimento, tendo **flashbacks** do sucedido, chegando por vezes a um quadro de stress pós-traumático, que pode atingir quer a vítima quer os colegas que assistiram ao acidente. A dor e o choque levam também à insónia e fadiga que têm **implicações no estado de humor** das vítimas, ficando estas com maior irritabilidade.

Um factor determinante na capacidade das vítimas lidarem com as suas lesões/doença é o nível de compreensão que têm da sua situação e evolução médica. O facto de muitos diagnósticos, nomeadamente

no que diz respeito às doenças profissionais, serem tardios, tem graves consequências ao nível da recuperação física mas também ao nível da recuperação psicológica, contribuindo para o aparecimento de **crenças irracionais** relativamente à doença, para **alterações de humor, perda de confiança, desesperança**.

Os **sentimentos de culpa** não são raros, existindo quer na sequência de um acidente de trabalho, pelo facto do trabalhador achar que o acidente derivou de alguma distração, erro, ou descuido seu, quer após o diagnóstico de uma doença, pelo facto do trabalhador ter ignorado os primeiros sinais da doença, por exemplo. Este sentimento de culpa é, muitas vezes, aumentado pela reacção das entidades empregadoras que no sentido de abafar o problema procuram culpar o trabalhador ou mostrar que a doença ou acidente se deveu a outros factores, como o abuso de álcool ou drogas, o tabaco, entre outros.

5.1. Luto

O processo de ajustamento biopsicossocial após um acidente de trabalho envolve mecanismos contínuos de adaptação nas dimensões cognitiva, emocional e comportamental. A partir do momento do acidente, e ao longo das fases aguda e pós-aguda de reabilitação, o processo de adaptação pode envolver um conjunto complexo de reacções emocionais. Novas dimensões psicológicas e novos desafios de adaptação emergem, de uma forma geral, mais tardiamente aquando do momento em que a pessoa se começa a confrontar com as consequências do acidente no contexto da sua vida diária. Os acidentes de trabalho, a partir dos quais emergem sequelas físicas permanentes, estão associados, do ponto de vista da literatura neste domínio, com sequelas psicológicas severas incluindo sintomas de ansiedade, tais como sintomas pós-traumáticos, depressão, luto, perturbações da imagem corporal, e dor crónica. Em conjunto, os efeitos físicos e emocionais decorrentes do acidente podem provocar consequências severas ao nível dos planos interpessoal, social e ocupacional (Dasgupta, McCluskie, Patel, & Robins, 1997); Millstein, Bain, & Hunter, 1985); (Cheung, Álvaro, & Colotla, 2003; Grunert, et al., 1988b, 1990a; Henniger, Saunders, & Efanda, 2001).

A investigação referente às lesões físicas decorrentes de acidentes de trabalho tem colocado em evidência que os processos de ajustamento psicológico ocorrem gradualmente ao longo de todo o curso de estabilização do quadro físico-funcional (Livneh, Antonak, & Gerhardt, 1999 ; Matsen, Malchow, & Matsen, 2000). No entanto, uma percentagem significativa de pessoas experienciam dificuldades emocionais e de resistência física (Dillingham, Pezzin, MacKenzie, & Burgess, 2001; Pezzin, Dillingham, Ellen, & Mackenzie, 2000). Existem igualmente variações individuais significativas nas sequelas psicológicas e no processo de adaptação. Nas últimas décadas, o campo da reabilitação reconheceu a importância das variáveis psicossociais no ajustamento das lesões físicas (Shontz, 1975; Wright, 1960), sendo que estes factores parecem desempenhar um papel bem mais significativo do que as variáveis físicas objectivas.

5.2. Ansiedade

A ansiedade constitui uma resposta normativa a um conjunto de estímulos percebidos como ameaçadores, sendo manifestada por sentimentos de nervosismo ou medo, pensamentos de medo incontrolláveis ou recorrentes, e uma diversidade de respostas físicas (e.g., aumento do ritmo cardíaco, suores, dificuldades respiratórias, tensão muscular). Quando os sintomas de ansiedade são excessivos e persistentes, desempenham um papel debilitante e, de uma forma geral, não diminuem sem tratamento (American Psychiatric Association; [APA], 2000). A ansiedade pode ser generalizada na sua natureza ou pode envolver uma constelação específica de sintomas que são, do ponto de vista do diagnóstico, distinguíveis entre as diferentes perturbações de ansiedade, tais como perturbação de pânico, fobia específica, ou fobia social (APA, 2000).

Nas lesões físicas decorrentes de acidentes de trabalho o aumento significativo da ansiedade é frequentemente precipitado por um conjunto de estímulos associados à lesão e pós-lesão. Num estudo com uma amostra

de 170 colaboradores com lesões ao nível da mão, Grunert et al. (1992) reportaram sintomas de ansiedade generalizada em 48.2% dos trabalhadores após 5 dias da ocorrência da lesão. Estes sintomas diminuíram ao longo do tempo e apenas 5.9% continuaram a ter sintomas de ansiedade significativos após um período de 18 meses de follow-up. A investigação sobre as lesões físicas decorrentes dos acidentes de trabalho tem demonstrado que os sintomas de ansiedade parecem diminuir com tempo e que estas respostas são mais frequentes e intensas em pessoas mais novas do que comparativamente a pessoas com mais idade (Livneh et al., 1999).

Existem diversos factores precipitantes de ansiedade nas lesões físicas decorrentes de acidentes de 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. Outras fontes de stress poder-se-ão radicar nas dificuldades financeiras decorrentes da incapacidade em trabalhar, o envolvimento a longo prazo com as companhias de seguro, processos de litígio, entre outros. Operações cirúrgicas, ajustamentos protésicos, investigação médica permanente, e treino de reabilitação podem constituir, igualmente, eventos precipitadores de stress. A alteração da imagem corporal provocada pelas lesões físicas pode elicitar medos de ser negativamente avaliado pelos outros, assim como sentimentos de embaraço sobre a sua própria aparência (Breakey, 1997; Rybarczyk, Nyenhuis, Nicholas, Cash, & Kaiser, 1995). Outra fonte de ansiedade inclui a apreensão sobre a vulnerabilidade física e medos relacionados com a potencial vitimização devido à incapacidade física (Behel, Rybarczyk, Elliot, Nicholas, & 2000). Adicionalmente, o medo de voltar a ter uma lesão parece ser muito comum nos meses iniciais após o acidente, sendo que este medo pode persistir ao longo do tempo. Neste sentido, Grunert et al. (1992) colocaram em evidência, num estudo levado a cabo com pessoas que sofreram lesões físicas devido a acidentes de trabalho, que mais de um terço da amostra continuaram a ter este medo específico após um período de 18 meses de *follow-up*.

As lesões físicas decorrentes de acidentes de trabalho encontram-se igualmente correlacionadas com um aumento do risco de se desenvolver outros tipos específicos de ansiedade – sintomas de stress pós-traumático (Álvaro, Colotla, & Cheung, 1998; Cheung et al., 2003; Grunert et al., 1992; Hennigar, et al., 2001). Atendendo à natureza traumática de muitas das lesões físicas afigura-se compreensível que estes sintomas possam emergir. As reacções agudas de stress pós-traumático emergem, geralmente, logo após o acidente, envolvendo o revivenciar intrusivo do trauma através de memórias repetidas, flashbacks e pesadelos. De igual forma, é experienciada uma elevada reactividade emocional e física a pistas e precipitadores de memória do trauma. Por exemplo, retornar ao local do acidente, visualizar a máquina do acidente, ou ouvir barulhos de máquinas podem elicitar respostas ansiosas extremamente significativas. A dor persistente, restrições funcionais e alterações da imagem corporal podem servir de potenciais estímulos mnésicos do trauma.

Os sintomas de stress pós-traumático envolvem igualmente tentativas deliberadas para evitar pensar e falar sobre o evento traumático. Objectos, situações e actividades que servem de activadores de memórias são geralmente evitados – por exemplo: o trabalhador pode deliberadamente evitar o retorno ao seu local de trabalho. Outro bloco de sintomas inclui anestesia emocional, redução do espectro afectivo, e uma percepção de redução das perspectivas futuras. Um padrão de excitação altamente sensível envolve outro grupo de sintomas de stress pós-traumático, os quais se podem manifestar através de perturbações do sono, sentimentos de fúria e irritabilidade, dificuldades de concentração, reacções de choque e surpresa e hipervigilância. No caso dos sintomas pós-traumáticos preencherem um conjunto de critérios, incluindo uma duração superior a 1 mês, e provocar stress clínico significativo ou interferência funcional, poderá existir uma base para que seja diagnosticada uma perturbação de stress pós-traumático (APA, 2000).

Num estudo Canadano, Hennigar et al. (2001) constataram que 50% de uma amostra de pessoas que haviam experienciado uma lesão decorrente de um acidente de trabalho manifestavam sintomas de stress pós-traumático. Num estudo levado a cabo por Grunert et al. (1992) foram reportados sintomas proeminentes de stress pós-traumático pelos colaboradores que foram avaliados 5 dias depois do acidente, sendo que 81% reportaram flashbacks, 70% reportaram pesadelos, 38% reportaram reacções

de choque, 20% reportaram evitamento comportamental e 44% reportaram dificuldades de olhar para a lesão. Aos 3, 6, 12 e 18 meses de follow-up muitos destes sintomas diminuíram. No entanto, alguns dos sintomas persistiram, particularmente os flashbacks e evitamento comportamental. Adicionalmente, Grunert et al. (1988) consideraram os flashbacks como um factor preditivo de dificuldades do processo de adaptação e retorno ao trabalho.

Na literatura sobre o stress pós-traumático tem existido um crescente interesse em determinar os factores preditivos da perturbação de stress pós-traumático. As variáveis subjectivas na altura da ocorrência do trauma, tais como as avaliações de ameaça percebida, dissociação peritraumática, sintomas agudos de evitamento, e estratégias evitativas de coping constituem factores de risco no desenvolvimento da perturbação de stress pós-traumático (McFarlane, 2000; McNally, 2003; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). As variáveis cognitivas pós-trauma constituem factores de risco particularmente importantes para a Perturbação de stress pós-traumático crónica (superior a 3 meses). De forma mais específica, as interpretações negativas das memórias traumáticas, ruminação sobre o trauma e cognições de raiva e fúria sobre o evento desencadeador são altamente predictivas da perturbação de Stress Pós-traumático (Ehlers & Clark, 2000). As complicações médicas recorrentes, tais como a persistência dos sintomas de dor e as incapacidades físicas parecem igualmente contribuir para a sua cronicidade (Burgess, Hibler, Keegan, & Everly, 1996). Existem algumas evidências que o suporte social percebido constitui um elemento protector para a perturbação em análise (Ozer et al., 2003).

5.3. Depressão

Os sintomas depressivos constituem outra reacção comum no processo de ajustamento no quadro de uma lesão decorrente de um acidente de trabalho. Os sintomas de depressão major implicam a manifestação de sintomas como humor deprimido, perda de interesse, perturbação do apetite, perda de energia, sentimento de que nada vale a pena, dificuldades de sono, problemas de concentração e ideação suicida ou pensamentos recorrentes de morte. No caso dos sintomas depressivos persistirem e causarem significativo stress clínico ou interferência funcional, poderá ser elaborado um diagnóstico de perturbação depressiva major (APA, 2000).

A emergência destas reacções podem ocorrer pouco tempo depois do acidente de trabalho e desaparecerem ao longo do tempo. Num estudo elaborado por Grunert et al. (1992), 62.4% reportaram depressão na avaliação inicial. No decurso do tempo, estes sintomas diminuíram gradualmente e 14.1% continuaram a ter sintomas depressivos proeminentes no follow-up realizado 18 meses após o evento traumático. É provável que os episódios depressivos possam ser precipitados por eventos críticos durante o processo de reabilitação, tais como o processo de ajustamento de uma prótese até atingir o nível máximo de recuperação física, ou sentir-se incapaz de retornar às funções que exercia antes do acidente de trabalho.

Outros factores de risco que têm sido colocados em evidência pela investigação enquanto factores preditivos da depressão incluem a percepção de estigma social, imagem corporal negativa e suporte social reduzido (Breakey, 1997; Rybarczyk et al., 1995). Os atenuadores dos sintomas depressivos incluem a percepção de controlo sobre o projecto de vida, atitude optimista, estratégias activas de resolução de problemas e a construção de um sentido positivo após a ocorrência da lesão (Dunn, 1997; Livneh et al., 1999).

Outro quadro de sintomas geralmente associado à depressão nos casos de lesão física baseia-se na perturbação da imagem corporal. A imagem corporal é um constructo complexo passível de ser definido por "percepções, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e experiência corporal" (Pruzinsky & Cash, 1990, p.337), encontrando-se integrado e delimitado pelo contexto sociocultural. A imagem corporal não fornece apenas um sentido de self, influencia igualmente a forma como se pensa, age e interage com os outros. A mudança física abrupta na aparência provocada por acidente de trabalho pode apresentar complexos desafios psicológicos (Álvaro et al., 1998).

A literatura neste domínio tem demonstrado que as perturbações da imagem corporal e as preocupações estéticas como resultado de lesões físicas constituem reacções comuns, sendo que este aspecto parece ser de particular importância em jovens adultos (Fisher & Hanspal, 1998a,b; Fukinishi, 1999). As perturbações da imagem corporal envolvem percepções negativas e distorcidas sobre a aparência física, sendo que estas interpretações são frequentemente acompanhadas por sentimentos intensos de embaraço, auto-consciência e desconforto social. Um número significativo de comportamentos de evitamento são frequentemente mobilizados de forma a suprimir pensamentos e emoções negativas, tais como evitar o contacto visual com a parte lesionada, negligenciar necessidades de cuidado relacionadas com a lesão e esconder a zona lesionada no contacto interpessoal. Por outro lado, estas reacções negativas podem interferir no processo de reabilitação e contribuem para o isolamento social.

Breakey (1997) reportou que a imagem corporal negativa na lesão física encontra-se associada a uma redução no nível pessoal de satisfação perante a vida, redução da auto-estima, e níveis mais elevados de ansiedade e depressão. As dificuldades associadas à imagem corporal têm demonstrado um valor preditivo de um processo negativo de ajustamento psicossocial (Rybarczyk et al., 1995). Fisher e Hanspal (1998b) sugeriram que facilitando o processo de utilização da prótese, bem como do nível de satisfação pessoal decorrente do seu uso pode, efectivamente, reduzir as perturbações da imagem corporal.

5.4. Dor

A dor é uma reacção normativa e universal à perda. Nas lesões físicas decorrentes de acidentes de trabalho, a dor não envolve apenas uma dimensão do self físico e da imagem corporal, mas resulta igualmente num conjunto cumulativo de perdas ao longo do tempo (Álvaro et al., 1998). Estas perdas secundárias podem envolver o desempenho no contexto do projecto de vida e no quadro da identidade pessoal, contexto profissional, e objectivos futuros. Estas perdas são, muitas vezes, negligenciadas pelos profissionais de saúde e pelos próprios trabalhadores acidentados. Num estudo de referência levado a cabo em Inglaterra por Parkes (1975), o autor conclui que independentemente da natureza da lesão existem um conjunto de comunalidades no que concerne à dor experienciada pelos acidentados, nomeadamente: uma reacção imediata de anestesia emocional seguida de uma reacção de zanga e nostalgia. Todos os grupos, independentemente da natureza da lesão, reportaram memórias intrusivas e evitamento de estímulos mnésicos.

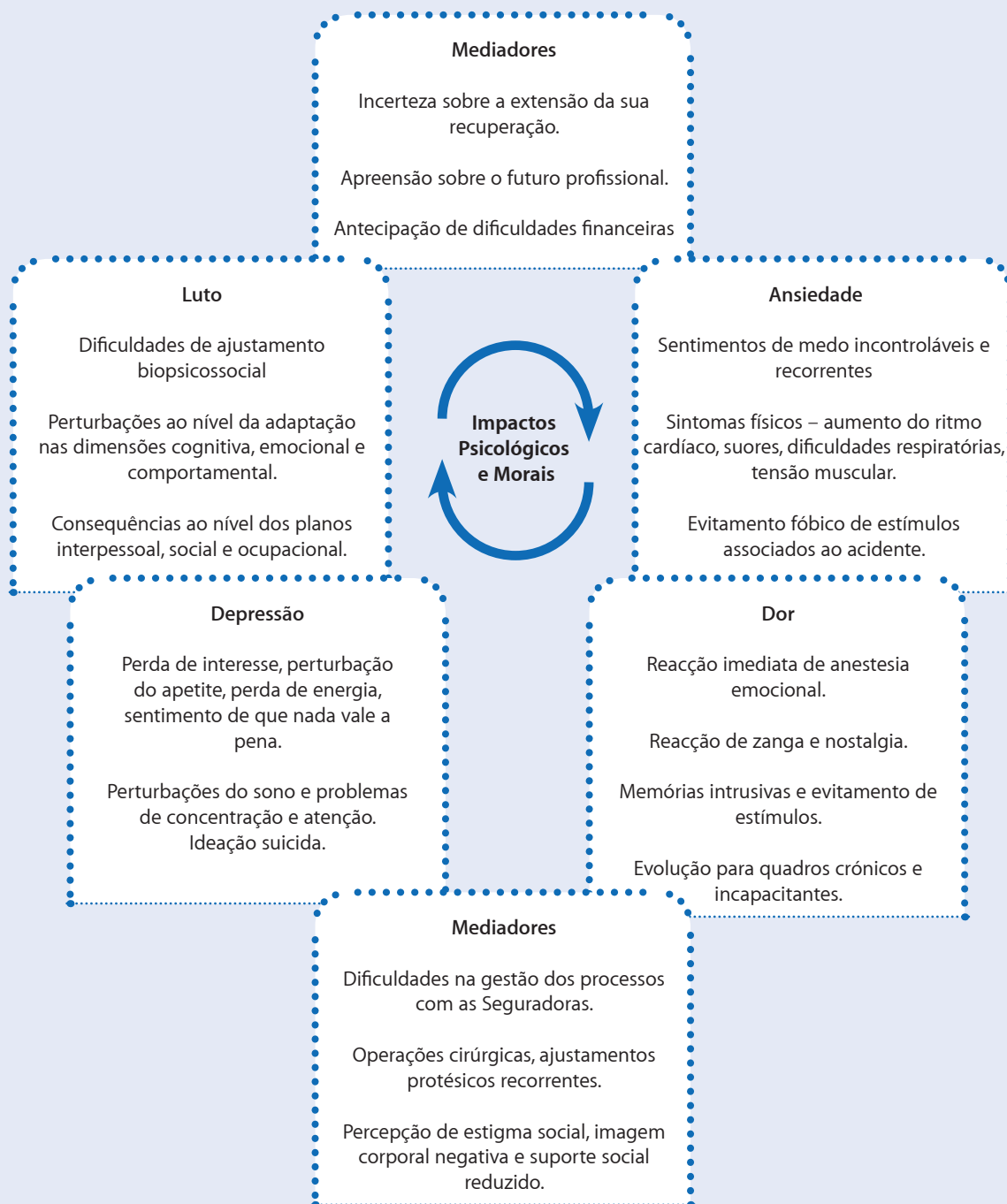
A experiência de dor é constituída por um amplo espectro de reacções, emocionais, comportamentais e cognitivas envolvendo depressão, ansiedade generalizada e sintomas de stress pós-traumático (Raphael & Martinek, 1997). No entanto, parece existir uma variação individual e cultural significativa na experiência subjectiva e na expressão da dor.

A dor é um constructo subjectivo e multidimensional que envolve componentes comportamentais, autonómicas, cognitivas, afectivas e sensoriais (Melzack, 1999). É comumente aceite que existem variações individuais significativas na experiência da dor e que os factores psicológicos, sociais, contextuais e biológicos contribuem para estas diferenças (Gasma, 1994; Gatchel & Turk, 1999, Melzack, 1999). Como resultado destas conclusões, actualmente, é consensual na comunidade científica que a dor é melhor compreendida numa perspectiva biopsicossocial.

Em alguns indivíduos as condições da dor podem evoluir para quadros crónicos e incapacitantes, desenvolvendo um círculo vicioso de stress psicológico e de sofrimento, descondicionamento físico, evitamento das actividades, disfunção comportamental, e dependência farmacológica e dos serviços de saúde. (Eimer & Freeman, 1998). A dor crónica pode igualmente interferir com o processo de reabilitação, o ajustamento protésico e o retorno ao trabalho (Dillingham et al., 2001; Millstein et al., 1985).

Esquema 3

Modelo Interaccional dos Impactos Psicológicos e Morais - CRPG, 2005



6

Impactos sociais e familiares

Apesar de haver muita investigação que se debruça sobre o impacto da doença na saúde emocional, na dinâmica familiar e no bem-estar económico dos doentes, há consideravelmente menos investigação que aborde os aspectos sociais associados às lesões e doenças relacionadas com o trabalho. São poucas as investigações que se debruçam sobre o verdadeiro impacto das lesões/doenças nas vidas e actividades diárias do trabalhador vítima e suas famílias. Em parte, este facto pode dever-se à dificuldade em medir e isolar as consequências sociais.

Todavia, o estudo dos impactos sociais e familiares é de grande importância uma vez que apesar do trabalhador ser normalmente a pessoa mais directamente afectada, os acidentes de trabalho também afectam os familiares, os colegas de trabalho, os prestadores de cuidados médicos, os vizinhos, os amigos, entre outros. As repercussões ultrapassam as fronteiras do local de trabalho e da casa da vítima, alastrando-se até aos hospitais, tribunais e à comunidade envolvente. As repercussões sociais formam assim uma rede complexa de relações recíprocas, onde constam indivíduos, grupos e instituições sociais.

Esta rede de relações recíprocas torna difícil a distinção entre as consequências sociais e os determinantes sociais (Dembe, 1999). A título de exemplo, o stress organizacional pode ser, por exemplo, uma causa ou uma consequência de uma doença profissional ou acidente de trabalho.

O Esquema 4 mostra o contexto social onde ocorrem as doenças e lesões profissionais e a cadeia de efeitos que podem provocar. As relações recíprocas representadas no Esquema 4 são numerosas e complexas. Concretizando com um exemplo, o facto de um médico fazer um diagnóstico atempado de uma doença profissional pode afectar positivamente não só o trabalhador, como as próprias práticas e métodos utilizados no local de trabalho o que poderá alterar a probabilidade de outros trabalhadores padecerem de tal doença, e consequentemente de todos os outros intervenientes sofrerem os respectivos impactos (ex. familiares). Os vários factores sociais estão de tal forma relacionados, como se observa no esquema, que lançam desafios metodológicos interessantes para os investigadores, dada a dificuldade de isolamento das variáveis.

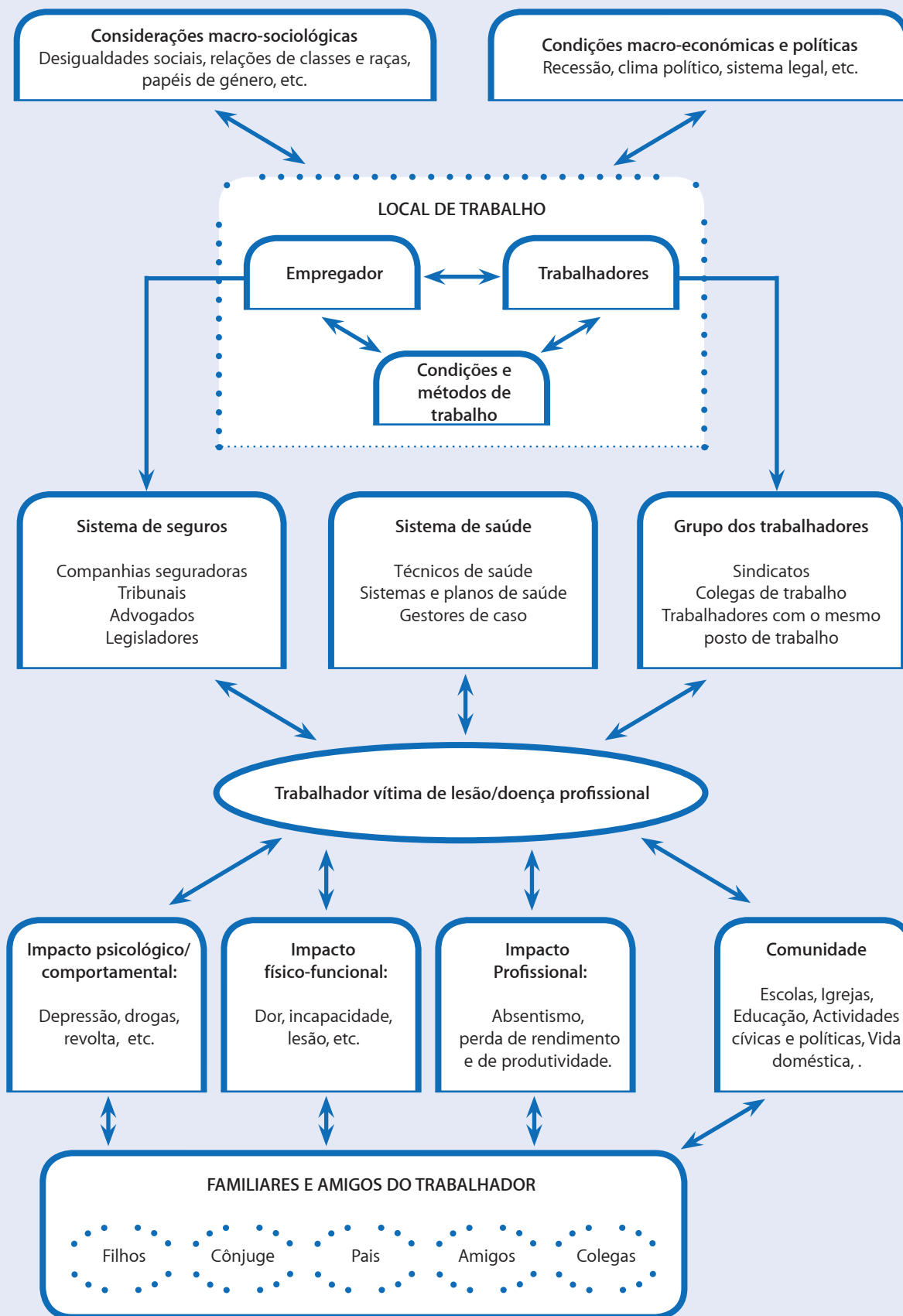
Há autores que no sentido de sistematizarem os impactos sociais categorizam-nos de acordo com quatro dimensões (Quadro 12):

- Quem é afectado? – Indivíduos ou grupos afectados
- Como é afectado? – Papéis sociais
- Onde é que o impacto reside? – Instituições e estruturas
- Qual o tipo de impacto? – Exemplos e manifestações

Esquema 4

Contexto social das doenças e lesões profissionais

Adaptado de Dembe, A. (2001). The Social consequences of occupational injuries and illnesses In American Journal of Industrial Medicine, 40, 403-417.



Quadro 12 Modelo social de impactos Adaptado de Dembe, A. (2001). The Social consequences of occupational injuries and illnesses In American Journal of Industrial Medicine, 40, 403-417.			
Indivíduos e grupos afectados	Papéis sociais	Estruturas e Instituições	Exemplos e Manifestações
Contexto profissional Trabalhador vítima Colegas de trabalho Empregador Gestor Técnico de higiene, saúde e segurança			Impactos profissionais e económicos Redução do rendimento Diminuição da produtividade Desemprego Necessidades de Formação
Família e amigos Familiares Amigos Colegas Vizinhos Comunidade	Vocacional Doméstico Lazer Recreativo Cívico Político Religioso Económico Educacional Profissional Biológico Sócio-cultural	Local de trabalho Hospitais/Clínicas Lar Vizinhança Igrejas Escolas Comércio Negócios Tribunais Prisão Segurança social	Impactos psicológicos e comportamentais Stress Depressão Revolta Estigmatização Isolamento Violência Suicídio Comportamentos aditivos
Comunidade Seguradoras Técnicos de saúde Sindicatos Grupos profissionais Legisladores Juizes Advogados			Impactos sociais e familiares Utilização dos cuidados de saúde Tarefas domésticas Comunicação interpessoal Relações familiares Perturbação do sono/sexual Divórcio Envolvimento na comunidade Discriminação
			Impactos físico-funcionais Incapacidade Deficiência Dor Efeitos nas actividades da rotina diária

Este modelo pretende colocar em evidência que os impactos sociais resultam da conjugação dos impactos de cada uma das colunas. Exemplificando, uma das consequências de uma lesão profissional poderá ser o facto do filho do trabalhador não poder participar numa actividade recreativa na escola por causa da diminuição do orçamento familiar devido à perda de salário consequente à baixa médica.

Há autores que incluem nos estudos dos impactos sociais o estudo do peso das características sócio-demográficas como a idade, o género, a raça, a etnia, a nacionalidade, o estatuto socioeconómico, a educação do trabalhador vítima. As dermatoses, por exemplo, parecem ter um impacto social muito diferente em operários fabris ou trabalhadores agrícolas que as dermatoses em investigadores de laboratório (Dembe, 2001). Para além das características sócio-demográficas, variáveis como a classe profissional, o tipo de lesão e o grau de gravidade, a duração da lesão/doença e o ambiente sócio-económico podem constituir outros factores sociais que podem influenciar, por sua vez, os impactos sociais das doenças profissionais e acidentes de trabalho.

A idade, variável estudada por alguns autores, parece influenciar também o impacto de uma lesão/doença. Alguns estudos concluíram que trabalhadores com mais de 55 anos têm incapacidades mais prolongadas

e têm menos probabilidade de regressar ao trabalho (Crook and Moldofsky, 1994; Personick and Windau, 1995; Turner et al., 2000). O estudo realizado por Pransky et al. (2005), por outro lado, não encontra diferenças significativas nas alterações de performance profissional, na dor e consumo de fármacos, na preocupação relativamente ao futuro profissional entre trabalhadores mais jovens e mais velhos. As diferenças significativas encontradas remetem para um impacto mais negativo das lesões/doenças profissionais nos problemas económicos e na qualidade de vida dos trabalhadores mais jovens.

Apesar de toda esta dificuldade na definição e delimitação das variáveis e impactos sociais, é indubitável que um dos impactos sociais de uma lesão ou uma doença profissional prende-se com o facto de interferir efectivamente com a qualidade de vida das vítimas e das pessoas que as rodeiam. As relações interpessoais que o trabalhador vítima mantém são muitas vezes afectadas de diferentes modos, através do stress emocional que acarreta, das pressões financeiras, do isolamento físico.

Alguns estudos concluíram que os impactos de determinadas doenças como as perturbações músculo-esqueléticas são mais significativos nas actividades domésticas e de lazer do que no trabalho (Keogh, Nuwayhid, Gordon & GUCer, 2000), como é evidenciado pelo seguinte quadro:

Quadro 13 Interferência na actividade profissional, Lar e lazer para indivíduos com perturbação musculo-esquelética		
Impacto	Indivíduos com diagnóstico de Perturbação musculo-esquelética	
	Sim	Não
Sintomas interferem com:		
Actividade profissional	198	53
Lar/ Lazer	274	67

Outros estudos verificaram que a família e os amigos foram profundamente atingidos de uma forma ou outra, o que levou ou ao estreitamento dos laços ou à dissolução de relações, sendo claro que a família sofre do ponto de vista emocional, mental e financeiro. De 256 indivíduos diagnosticados com perturbações músculo-esqueléticas, 203 (79%) afirmaram que tiveram problemas familiares e 43 (17%) separaram-se do companheiro e do cônjuge (Keogh, Nuwayhid, Gordon & GUCer, 2000) .

Em todos os casos estudados por Burton et. al. (2002), os membros da família sentiram-se afectados e as relações foram afectadas, sobretudo de forma negativa.

A literatura refere que família começa a sentir-se afectada logo aquando da notícia do acidente ou do diagnóstico da doença (Burton et al, 2002). A **reação inicial** das famílias de uma vítima de acidente de trabalho e doença profissional é inevitavelmente a de **choque e descrença**, especialmente nos casos de lesão. Contudo, a intensidade desta reacção pode ser atenuada ou intensificada dependendo de um número variado de factores, nomeadamente a gravidade da lesão ou doença, o grau de informação que a família tem ou obteve, o grau/qualidade de apoio que tem recebido e a altura em que este se iniciou, a qualidade dos cuidados que a vítima e a própria família recebeu, entre outros. Estes e outros factores influenciam e irão influenciar a forma como a família e os amigos da vítima experienciam esta lesão ou doença, mesmo depois da reacção inicial. A forma como é dada a notícia, o grau de informação dada e a altura em que esta é dada podem ser cruciais para a compreensão e aceitação da lesão ou doença (Burton et. al, 2002).

Efectivamente, a **falta de clareza na comunicação** pode levar a família a pensar o pior relativamente à lesão ou à doença. Daí a importância da família ser informada com pormenor e clareza sobre o que se passou,

sobre o estado actual da vítima, a gravidade da situação e o modo como se poderá realizar a recuperação. O **grau de apoio inicial** fornecido pelos profissionais médicos e pelos empregadores pode também atenuar grande parte do sofrimento das famílias. O **primeiro contacto** que os familiares estabelecem com as entidades empregadoras é descrito em alguns estudos como um contacto muito pouco amistoso, procurando sistematicamente culpabilizar a vítima pelo sucedido. Estes sentimentos de culpa que se geram podem dificultar muito a recuperação da vítima e mesmo pôr em causa o apoio familiar a esta.

Para a maior parte das famílias, o impacto inicial de uma lesão ou doença acarreta ainda um sentido de **isolamento e de desesperança**, uma vez que é sentida uma perda de controlo sobre os acontecimentos e uma dificuldade em partilhar o sofrimento e o peso que de repente se apoderou da família. Cada elemento da família sente que ao partilhar o seu sofrimento com o outro elemento está a ser mais um peso para o outro, o que leva muitas vezes ao isolamento dos vários membros.

No caso das doenças profissionais, em que muitas vezes os primeiros sintomas não são percebidos, a **aceitação da doença** pode ser particularmente difícil e traumática para a vítima e sua família.

Nalguns casos, a reacção inicial dos familiares da vítima é a de **culpar** a própria vítima do sucedido, especialmente nos casos em que os cônjuges não acompanham as vítimas numa fase inicial.

Em suma, o choque inicial costuma ser mais grave para as lesões provocadas por acidentes de trabalho, dada a imprevisibilidade deste acontecimento, no entanto, a reacção é influenciada por muitos outros factores e pode ser minimizada através da:

- Clareza da comunicação entre a família, a entidade empregadora e os profissionais de saúde;
- Transmissão de informação consistente e completa numa fase precoce;
- Percepção de apoio quer prático quer emocional pela família.

Para além do impacto inicial, as lesões ou doenças profissionais têm, segundo alguns estudos, um impacto negativo na **manutenção da relação da vítima com o seu parceiro**, levando mesmo, por vezes, à separação ou resultando numa redefinição da relação.

As mudanças que ocorrem na vítima, nomeadamente as variações de humor, a **frustração, a revolta**, podem tornar mais difícil a relação. Para além disso, muitas vezes, os parceiros da vítima acabam por ter de abdicar de determinadas coisas que faziam para poderem prestar cuidados à vítima ou assumir **novas responsabilidades** e o facto das vítimas necessitarem de se centrar em si próprias faz com que os parceiros se sintam isolados e frustrados. A acrescentar a todas estas pressões emocionais, as **pressões financeiras** são relatadas pelos casais como algo que afecta negativamente a sua relação. De qualquer modo, há casais que vêem a sua relação fortalecida, por sentirem que juntos ultrapassaram a adversidade.

Num grande número de casos, a doença/lesão resultou numa **perda temporária ou permanente de intimidade** entre parceiros (Burton et. al, 2002). Há casos em que os parceiros não são mais capazes de terem uma relação física com a vítima, ou porque as lesões/doenças acarretam dores para o parceiro, ou porque os parceiros e vítimas não são capazes de lidar com o corpo (Ex. queimaduras; perda de algum membro). O desaparecimento da **vida sexual** do casal e a incapacidade para falarem sobre ela parece afectar muitos casais.

As lesões/doenças parecem ter também um impacto bastante significativo não só para o cônjuge mas também na **relação da vítima com os seus filhos** (Burton et. al, 2002). Quando existem crianças pequenas na família, as doenças ou lesões podem afectar substancialmente o modo como a vítima interage com as crianças, acabando muitas vezes por esta se isolar física e emocionalmente. (Ex. As perturbações músculo-esqueléticas podem impedir um indivíduo de conseguir tomar conta dos filhos sozinho, de lhes dar banho, de pegar nos filhos quando choram). Quando há filhos mais velhos, parece também haver impactos significativos, especialmente quando estas têm dificuldade em aceitar a doença/lesão e se isolam ou refugiam-se na tristeza ou mesmo no abuso de substâncias tóxicas.

As **responsabilidades de cada elemento da família** também são muitas vezes **alteradas**, havendo portanto mudanças ao nível da distribuição das tarefas domésticas e outras responsabilidades familiares (Burton et. al, 2002). As mudanças são maiores quando há necessidade de haver quem preste cuidados à vítima ou quem substitua a vítima, mesmo que temporariamente, nas suas normais responsabilidades antes da lesão/doença. Se em algumas situações estas mudanças são temporária, durante apenas algumas semanas ou meses, noutros casos estas mudanças poderão ser permanentes. Os acidentes e doenças profissionais, nas situações mais graves, poderão ter um impacto profissional não só na vítima, que se vê por exemplo obrigada a interromper a sua actividade profissional, como para o próprio cônjuge ou familiar que se dedique à sua prestação de cuidados, que poderá ter de largar o seu emprego e/ou mudar ou arranjar outro emprego no sentido de tentar auferir mais rendimentos para contrabalançar a perda de rendimentos sofrida. Noutros casos, o cônjuge deixa de trabalhar para poder prestar os cuidados necessários ao seu parceiro, o que culmina numa perda substancial do rendimento familiar.

Na maioria dos casos, a doença ou lesão resulta numa **mudança significativa no estilo de vida** da vítima e sua família, variando de acordo com a recuperação da vítima, a natureza e gravidade da lesão ou doença, a situação pré-acidente ou lesão, nomeadamente a situação financeira. Para muitas famílias a diminuição do rendimento que ocorre após um acidente ou doença favorece o aparecimento de tensões familiares.

As **mudanças** que ocorrem na relação da vítima com os familiares próximos parece **estender-se também a outros círculos de relações não tão nucleares**, chegando muitas vezes a afectar a relação da vítima com a família alargada e com a rede de amigos, vizinhos, colegas ou até chegando a afectar a família do amigo ou familiar que escolhe cuidar da vítima ou apoiá-la mais directamente, roubando tempo da sua própria família.

As **vítimas e as suas famílias** muitas vezes **isolam-se** socialmente. As grandes razões deste isolamento prendem-se com a falta de compreensão dos outros e com a auto-percepção das lesões. No caso de determinadas lesões/doenças, nomeadamente que afectem o sistema neurológico, pode haver dificuldades em lidar com as oscilações de humor, o que contribui ainda mais para o isolamento. Muitas vezes os amigos chegados não são capazes de lidar com as novas circunstâncias que derivaram do acidente ou doença profissional, especialmente quando as lesões são grandes e muito aparentes. Não só as lesões podem dificultar a interacção com os outros (Ex. surdez) como também o impacto da lesão/doença no estado de humor e personalidade da vítima pode diminuir a vontade de socialização.

Um dos factores cruciais para a reabilitação e recuperação das vítimas e que as ajuda a lidar com a lesão/doença, do ponto de vista físico e mental, é o grau de apoio que a família e a rede alargada de amigos e vizinhos fornece. A presença de uma família apoiante e de uma rede de apoio alargada pode tornar a recuperação da vítima muito mais rápida e eficaz, daí a importância de serem avaliados os impactos sociais e familiares e da intervenção ser capaz de se focalizar nos mesmos.

7

Outros Impactos ao nível da Qualidade de Vida

Enquadramento Conceptual

A crescente relevância atribuída ao constructo qualidade de vida (QOL), na sua integração nos processos de desenho, monitorização e avaliação dos programas de reabilitação e serviços de saúde, tem colocado, do ponto de vista operacional, alguns desafios, atendendo à elevada abrangência na definição do conceito. De facto, parecem existir virtualmente tantas definições como investigadores. Existe consenso sobre a multidimensionalidade do conceito, apesar das dimensões incluídas variarem significativamente. Uma das mais abrangentes definições foi proposta por Patrick e Erickson (1993), que definem uma amplitude de conceitos chave que incluem a morte, a duração de vida, incapacidade (incluindo sintomas e informação laboratorial), status funcional (social, psicológico e físico), percepções de saúde e oportunidades (restrições da participação social e cultural). Um número significativo de outros autores focalizou-se nas percepções de bem-estar, articulando as dimensões e factores físicos, funcionais, emocionais e sociais (e.g. Cella, 1992). Num estudo sobre as percepções pessoais acerca da QOL, Ferrans (1992) refere 5 domínios utilizados pelos investigadores nas suas definições operacionais de QOL. Estas dimensões incluem: (a) utilidade social ou oportunidades para investir em papéis sociais reconhecidos, incluindo o trabalho, (b) alegria/afecto utilizando medidas de estados internos afectivos e/ou emocionais, (c) satisfação com as diferentes dimensões de vida, (d) prossecução dos objectivos pessoais e (e) vida actual mensurada através da comparação do estado actual com um estado perfeito de saúde ou com as condições existentes antes da lesão.

Numa análise conceptual do constructo QOL, McDaniel e Bach (1994) propõem quatro atributos da QOL: (a) a natureza dinâmica do conceito, na perspectiva de que pode mudar continuamente; (B) as múltiplas dimensões incluídas no conceito, e a diversidade de valores pessoais para estas diferentes dimensões; (c) a natureza interactiva do conceito na perspectiva de existir influência na reciprocidade das mudanças emergentes entre o nível individual e contextual e (d) congruência ou concordância entre as aspirações e expectativas individuais e as actuais condições de vida.

Uma forma comumente aceite em delimitar o conceito consiste na sua redução às dimensões de saúde (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992). Esta opção permite remover todos os aspectos da QOL que estão geralmente fora da influência da esfera da saúde (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993). De qualquer forma, e apesar desta redução da abrangência da QOL fornecer um maior focus, parece desempenhar um papel demasiado limitador na construção de uma definição unificada do conceito.

É possível identificar 3 perspectivas da investigação neste domínio (Dickers, 1996):

- a) Investigação baseada em indicadores sociais, conduzida por economistas, geógrafos, entre outros, que se alicerça no que pode ser delimitado no quadro das "condições básicas de vida numa dada comunidade", tais como o nº de casas com água canalizada, crescimento económico, estabilidade política, etc. A investigação de indicadores sociais lida com qualidade de vida ao nível societal ou geográfico ou entidade política.

b) A segunda abordagem, desenvolvida pelos economistas, sociólogos e outros cientistas sociais, investiga, ao nível individual, a aquisição e a perda de “dimensões significativas da vida”, tais como a educação, rendimentos, usufruto de bens materiais, saúde e o funcionamento na comunidade. Os investigadores no domínio da saúde colocaram em evidência que os marcadores biológicos da actividade da doença, ou até a morbilidade e mortalidade, não constituem os mais relevantes indicadores relativos ao sucesso das intervenções. Tal facto, resultou num crescente interesse na mensuração de resultados com interesse directo para os pacientes, tais como o status de saúde, funcionalidade, dor, e componentes do bem-estar psicológico.

c) Numa terceira abordagem, os sociólogos, psicólogos sociais e gerontologistas deslocaram-se de uma perspectiva objectiva individual da qualidade de vida para uma perspectiva reportada subjectivamente. Desta forma, passaram a investigar as reacções cognitivas (satisfação), e afectivas/emocionais (felicidade) das pessoas em domínios específicos das suas vidas, tais como a carreira, casamento e saúde, e as suas opiniões e sentimentos acerca das suas vidas como um todo. O aumento das pessoas com doenças crónicas e sequelas provenientes dos acidentes de trabalho e de viação constitui uma das razões pelas quais a emergência do conceito de qualidade de vida se assume como uma preocupação central no contexto da saúde. Apesar de não existir cura ou reversibilidade absoluta para aquelas perturbações de saúde, a dor e o desconforto podem ser diminuídos, a funcionalidade melhorada, o ajustamento apoiado, e a saúde mental melhorada.

Em média, as pessoas com incapacidades vítimas de acidentes de trabalho apresentam índices de qualidade de vida menores do que comparativamente às pessoas sem incapacidades significativas (Thompson-Hoffman and Storck, 1991). As incapacidades e as deficiências restringem as oportunidades vocacionais, educacionais, de trabalho, de participação na comunidade, no contacto interpessoal, parentalidade e intimidade sexual. Os censos e outras estatísticas parecem colocar em evidência que as pessoas com incapacidades apresentam menores níveis educacionais, encontram-se desempregadas mais frequentemente e possuem rendimentos inferiores. Contudo, estas diferenças em relação à população em geral relativamente às medidas objectivas da qualidade de vida não significam necessariamente menores níveis subjectivos de qualidade de vida.

Num estudo levado a cabo por Stover, DeLisa & Whiteneck (1995), os autores apresentaram resultados de mais de 20 anos de recolha de dados fornecendo uma síntese das mais significativas medidas objectivas de qualidade de vida, incluindo mortalidade, morbilidade, incapacidades secundárias e resultados funcionais. Os resultados constituíram objecto de síntese num estudo desenvolvido por Dijkers, Buda Abela, Gans & Gordon (1995) no qual se identificaram as seguintes dimensões:

a) Residência – A análise dos dados permite colocar em evidência que uma vez concluído o processo de reabilitação, a maioria da população com lesões físicas (92.3%) ficam a residir numa residência privada na comunidade. Uma percentagem muito pequena fica em hospitais (1.4%) ou lares de enfermagem (4%). Algumas vão para entidades institucionais ou de cuidados pessoais (1.9%). A institucionalização afigura-se um importante resultado do ponto de vista da qualidade de vida, na medida em que, na maioria das vezes, impõe restrições no acesso aos recursos da comunidade, ao nº e qualidade das interacções sociais, empobrecimento do nº e da qualidade dos papeis sociais desempenhados, diminuição dos níveis de empoderamento, autonomia e privacidade. As residências institucionais constituem a antítese da vida com autonomia, que é considerado indicador da qualidade de vida. As mudanças nos domínios económico, médico e social nos anos após o acidente de trabalho podem resultar em mudanças ao nível da residência. No geral, a percentagem de pessoas a residir em lares de enfermagem e hospitais diminui longitudinalmente após a ocorrência da lesão. Existem estimativas que apontam para uma percentagem de 2.6% de todas as pessoas com lesão física a viverem em residências com recursos médicos.

b) Emprego – O retorno ao trabalho é frequentemente utilizado como indicador do processo de recuperação da pessoa vítima de acidente de trabalho. O indicador emprego tem sido considerado ao longo do tempo como um dos indicadores mais poderosos do sucesso de processo de reabilitação. Os dados disponíveis relativos à empregabilidade das pessoas com lesão medular após acidente de

trabalho variam imenso, entre os 13 e 48%. Existe uma variabilidade extremamente significativa do ponto de vista dos factores reportados como estando associados ao emprego, pré-lesão (educação e emprego) e pós-lesão (categoria neurológica, natureza e tipo de serviços de reabilitação vocacional, entre outros). No entanto, algumas generalizações poderão ser elaboradas, baseadas nos estudos mais recentes, os quais parecem confirmar as tendências da literatura no sector:

- Pessoas com paraplegia têm taxas de emprego e de retorno ao trabalho superiores comparativamente a pessoas com tetraplegia; e dentro de cada uma das categorias as pessoas com lesão parciais têm maior probabilidade de retornarem ao trabalho.
- As pessoas que adquirem um lesão medular numa idade mais precoce têm uma maior probabilidade de obterem (re)emprego.
- As taxas de emprego aumentam com os anos após a lesão.
- As menores níveis educacionais antes da lesão correspondem menores probabilidades de obterem emprego.
- A experiência vocacional e profissional antes da lesão prediz a probabilidade de emprego após a lesão.
- As pessoas de raça negra e de outras minorias têm uma menor probabilidade de obterem emprego ou de retornarem ao trabalho, independentemente da idade, educação, género, estatuto conjugal, e categoria neurológica.
- A conclusão de um processo de reabilitação vocacional aumenta a probabilidade de se obter um emprego.

Os dados disponíveis no sistema de informação americano permitem colocar em evidência que 60% das pessoas com lesão medular foram vítimas de acidentes de trabalho, sendo que após um ano da ocorrência da lesão 61.9% reportaram estarem desempregadas. Após o primeiro ano da ocorrência da lesão apenas 16.1% retornaram ao trabalho. Cerca de 8% investiram num percurso educativo e mais de 70% consideram-se desempregados.

- c) Educação – Os dados disponíveis no sistema de informação permitem concluir que 15.1% das pessoas melhoraram o seu nível educacional desde a ocorrência da lesão. Tal como expectável, a mudança é mais pronunciada para aqueles com idades abaixo dos 17 anos na altura do acidente (49.3%). Das pessoas com idades compreendidas entre os 17 e os 25 anos, 19.3% melhoraram o seu nível educacional, assim como 6.2% com pelos menos 26 anos na altura da ocorrência do acidente. Os dados sugerem que para a pessoas com lesão medular o processo educativo é adiado ou estendido temporalmente.
- d) Estatuto conjugal – Atendendo à idade precoce a que muitas vezes a lesão medular ocorre, 54.2% das pessoas têm o estatuto de solteiro aquando da conclusão do processo de reabilitação. Adicionalmente, 30.1% são casadas, 9% divorciadas, 4.4% separadas e 2.1% viúvas. Nos primeiros 6 anos existe uma probabilidade média de 2.5% das pessoas solteiras se casarem. Dos que estão casados na altura do acidente, um pequena percentagem separa-se todos os anos após a ocorrência da lesão. A taxa de separação reduz de 4.2% no primeiro ano após a lesão para aproximadamente 0% no 15 ano. As taxas de divórcio variam entre 2.0% e 3.1% nos anos de 1 a 8 e, posteriormente, declinam até aproximadamente 0%. Todas as taxas de modificação do estatuto conjugal tendem a ser mais elevadas nos primeiros anos após a ocorrência da lesão, indicando que quer os distúrbios das relações conjugais, quer a redução das oportunidades para casar, declinam ao longo dos anos após a ocorrência da lesão. Outros estudos indicam que a percentagem total de divórcios parece aumentar ao longo dos anos, assim como a percentagem de casamentos. No entanto, a comparação com os dados relativos à população normalizada indicam que as pessoas com lesão medular têm, efectivamente, uma maior probabilidade de se divorciarem nos primeiros 5 anos após a ocorrência do acidente (17.4% Vs 11.3%).
- e) Qualidade de Vida Subjectiva – Existe uma extensa literatura sobre as sequelas emocionais e psicossociais da lesão medular após a ocorrência de acidente de trabalho, identificando dimensões críticas nos processos, tais como ajustamento e adaptação, depressão, aceitação da incapacidade e

controlo (Trieschmann, 1988). No entanto, os estudos que requerem que as pessoas com lesão medular após acidente de trabalho reportem os seus níveis percebidos de qualidade de vida subjectiva nos mais diversos domínios de vida, parecem apenas ter emergido nos últimos 10 anos de investigação. O primeiro (Crewe, 1980) colocou em evidência que as pessoas com lesão medular reportavam menores níveis de satisfação comparativamente às pessoas sem incapacidades, particularmente nos domínios da intimidade e sexualidade com o companheiro, emprego e bem-estar económico-financeiro, mas também nos domínios da saúde e relações sociais. Dijkers (1996) colocou em evidência, no seu estudo, que parece não existir uma correlação significativa entre deficiência e qualidade de vida subjectiva, indicando a que a deficiência por si mesma não tem impacto, ou é muito reduzido, no bem-estar. Complementarmente, a correlação entre incapacidade e qualidade de vida foi estatisticamente significativa, sendo negativa, isto é, à medida que o grau de incapacidade aumenta, o nível de qualidade de vida diminui.

7.1. Dimensões que influenciam a qualidade de vida no quadro dos acidentes de trabalho

Características Demográficas

As características demográficas parecem afectar a QOL reflectindo as populações com problemas de vida específicos. Por exemplo, o retorno ao trabalho é frequentemente utilizado para medir o sucesso dos resultados nas pessoas vítimas de acidentes de trabalho. O emprego promove as oportunidades e, tipicamente, as coberturas de seguros. De forma mais específica, o emprego tem estado associado com maiores níveis de auto-actualização, pelo que a ocorrência de uma lesão poderá actuar como uma barreira à completa realização desta dimensão de vida. Lundquist et al. reportaram que o emprego seria o único facto demográfico relacionado com um elevado nível de QOL entre as pessoas vítimas de acidentes de trabalho. No entanto, num conjunto de outros estudos, o emprego constitui um facto menos importante do que presentemente explicitado. Para as pessoas vítimas com lesões medulares, os investigadores encontraram uma relação positiva entre aqueles com capacidade para pagarem seguros privados e a auto-estima.

Características Psicossociais

Os resultados a longo termo, tais como a saúde física ou psicológica, variam em função do tipo de apoio disponibilizado. O apoio emocional, por exemplo, constitui um importante predictor dos resultados nos domínios da saúde e vocacional. A literatura sugere que a rede de apoio diminui em função do tempo decorrido após a ocorrência da lesão, mas as pessoas que se mantêm enquanto parte integrante dessa rede expressam o seu compromisso pelo aumento do contacto com o sobrevivente. Adicionalmente, parecem existir evidências na investigação, de que as famílias das pessoas com lesão cerebral prolongam a fase inicial de negação relativamente à perda de competências nos domínios cognitivo e social. No que concerne aos sobreviventes dos acidentes de trabalho, poderá haver uma forte dificuldade de eles próprios aceitarem a hipótese de não existir uma total recuperação das suas competências. No entanto, o apoio significativo por parte da rede familiar pode potenciar, de forma extremamente relevante, a globalidade dos resultados do processo de reabilitação.

As mudanças a nível psicológico têm um impacto mais profundo na capacidade de trabalho, relações familiares e interações sociais do que as mudanças estritas no plano físico. Na maior parte das vezes, os indivíduos com níveis mais elevados de competências de adaptação têm, efectivamente, níveis percebidos mais elevados de qualidade de vida. A este respeito, um auto-conceito positivo encontra-se associado com o sucesso do processo de reabilitação. Adicionalmente a aceitação de co-responsabilidade pela ocorrência do acidente de trabalho constitui um aspecto importante do processo de adaptação, na medida em que traduz o reconhecimento das consequências do comportamento pessoal.

Características Físicas

Lezak e O'Brien (1988) descreveram mudanças emocionais, comportamentais, físicas e de personalidade no contexto das lesões cerebrais após um acidente de trabalho. Este conjunto de incapacidades residuais tem efeitos a longo prazo na manutenção do emprego, utilizando o tempo construtivamente, e sustentando as relações interpessoais.

Os níveis de satisfação com a vida em geral e com o bem-estar estão positivamente correlacionados com a qualidade da interação familiar e social. Adicionalmente, o aumento da capacidade funcional possui um impacto positivo no emprego após a lesão.

Reabilitação

Afigura-se, de alguma forma paradoxal, que apesar da qualidade de vida constituir um dos resultados mais esperados do processo de reabilitação, não existe um entendimento claro e consensual sobre a delimitação do conceito. Diversos investigadores tentaram elaborar definições sobre a qualidade de vida. Clayton e Chubon (1994) explicitaram que as razões para utilizar a qualidade de vida na avaliação e monitorização do processo de reabilitação são de extrema relevância, mas o facto de existir uma diversidade de medidas a serem utilizadas, sugere que ainda não existe uma plataforma de entendimento no que concerne à delimitação do conceito. Parecem existir 3 abordagens na avaliação da qualidade de vida: (1) medir a satisfação com a vida; (2) medir a adaptação funcional, e (3) enquanto indicador social medir mudanças entre grupos em resposta ao programa de reabilitação.

Impactos

Num estudo desenvolvido por Webb et al., com uma amostra de pessoas acidentadas em contexto de trabalho, chegaram-se aos seguintes resultados: do ponto de vista de variáveis demográficas, o emprego demonstrou um dos efeitos directos mais significativos na qualidade de vida (fig.5). Adicionalmente, e tal como havia sido hipotetizado, o emprego apenas actua directamente ao nível da qualidade de vida. A capacidade de pagar pelos serviços de saúde teve apenas um efeito indirecto na QOL através da mudança na autonomia funcional entre os 12 e 24 meses. Os acidentados de trabalho impossibilitados de pagar os serviços de saúde tiveram uma menor melhoria na autonomia funcional entre os 12 e 24 meses, bem como ao nível da QOL. Contrariamente à hipótese inicialmente formulada, a capacidade para pagar os serviços de saúde não teve efeito directo na qualidade de vida. No que diz respeito às variáveis psicossociais, nem a auto-culpabilização, nem o suporte familiar evidenciaram possuir qualquer efeito directo na qualidade de vida. A auto-culpabilização afectou indirectamente a QOL através de 3 mecanismos, os quais são mediados por deficiências residuais. Do ponto de vista dos resultados do estudo, os acidentados de trabalho que se auto-responsabilizavam: (1) melhoravam directamente a qualidade de vida, (2) melhoravam indirectamente a qualidade de vida através do aumento da probabilidade de emprego, ou (3) melhoravam a qualidade de vida indirectamente reduzindo a necessidade de reabilitação e melhorando a autonomia funcional 2 anos após a conclusão do processo.

O suporte familiar afectou o nível da qualidade de vida de forma indirecta através de 3 mecanismos distintos, os quais são mediados pelas deficiências residuais. Mais especificamente, os sobreviventes dos acidentes de trabalho com maior nível de apoio familiar tinham um menor grau de deficiência, o que (1) provoca uma melhoria directa na qualidade de vida, (2) melhora indirectamente a qualidade de vida através do aumento da probabilidade de emprego ou (3) melhora a qualidade de vida indirectamente através da redução da necessidade de reabilitação e melhorando a autonomia funcional dois anos após a conclusão do processo. Adicionalmente, a um nível maior de apoio familiar correspondeu um nível igualmente maior de autonomia funcional e, por consequência, de qualidade de vida.

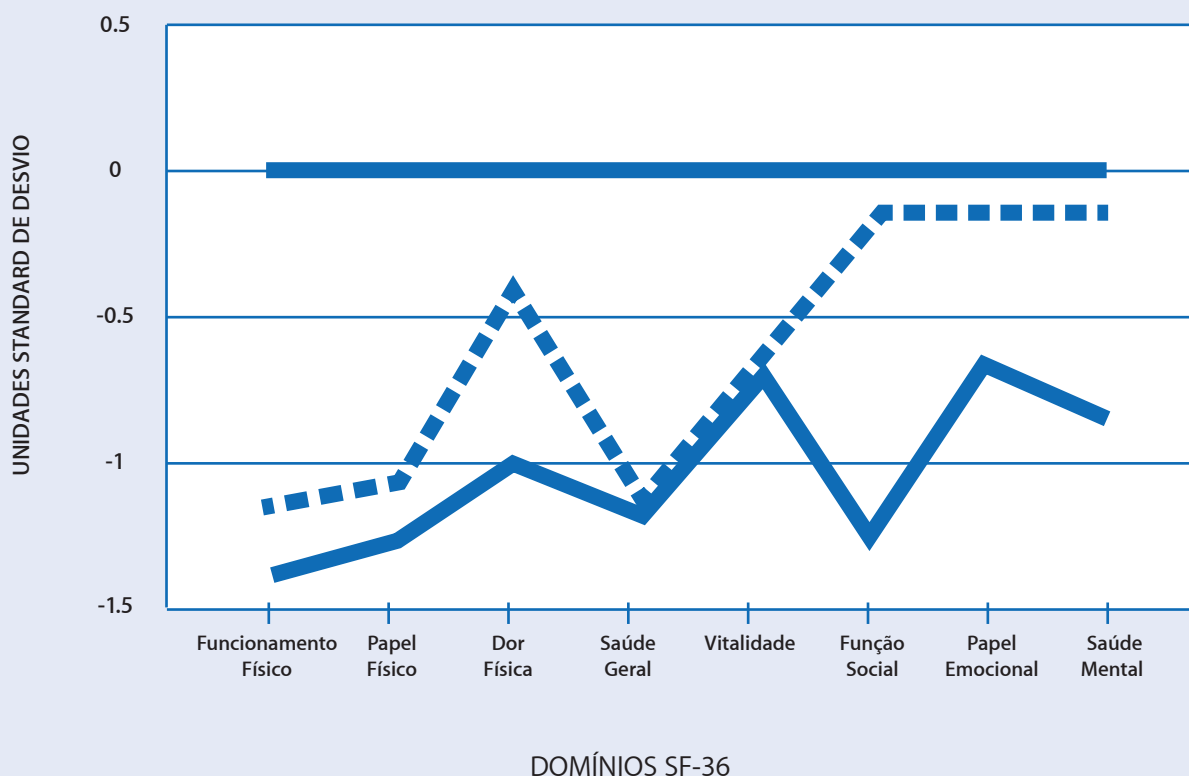
Do ponto de vista das características físicas, tal como hipotetizado no estudo, as mudanças na autonomia funcional apenas despoletaram efeitos directos na qualidade de vida. Inesperadamente, a autonomia funcional após terem decorrido 12 meses teve um efeito directo no emprego e na melhoria da qualidade de vida. A reabilitação, tal como hipotetizado, não teve efeito directo na qualidade de vida, apesar de possuir um efeito indirecto na melhoria da autonomia funcional. Surpreendentemente, mais reabilitação estava associada com um menor nível de melhoria na autonomia funcional e uma mais reduzida qualidade de vida.

Em síntese, o retorno ao trabalho parece desempenhar um importante papel na melhoria da qualidade de vida dos acidentados, podendo contribuir para um maior sentido de auto-realização e aumento de oportunidades. Um dos resultados que merecem uma análise cuidada relaciona-se com o facto de ao aumento da reabilitação corresponder uma menor melhoria na autonomia funcional e na qualidade de vida. A análise da literatura sugere que as pessoas que participam em processos de reabilitação mais demorados encontram-se com níveis de incapacidade maiores e, devido a esse facto, apresentam uma menor probabilidade para evidenciar níveis significativos de melhoria na autonomia funcional e na qualidade de vida.

Num estudo desenvolvido por Weinert, Gross, Kangas et al (1997) no qual avaliaram a qualidade de vida de pessoas vítimas de acidentes de trabalho com lesão aguda e de pessoas com doença crónica concluíram que as pessoas vítimas de acidentes de trabalho apresentavam níveis constantemente inferiores de qualidade de vida em todas as dimensões do instrumento SF-36.

Esquema 5

Comparação da qualidade de vida de pessoas vítimas de acidentes de trabalho com lesão aguda e de pessoas com doença crónica nas suas várias dimensões



A linha sólida representa o grupo de pessoas vítimas de acidentes de trabalho com lesão aguda; a linha tracejada representa as pessoas com doença crónica; a linha do topo superior representa a população Americana em geral de acordo com o sexo e idade.

Num estudo desenvolvido por Sluis et al. (1998) no qual a equipa de investigação tentou compreender quais os impactos multidimensionais das lesões severas na vida dos acidentados, obtiveram-se as seguintes conclusões:

Dimensão Física

Antes da lesão a percentagem de sintomas de saúde era muito reduzida. No entanto, 6 anos após a ocorrência da lesão 80% dos acidentados reportaram uma ou mais queixas físicas, sendo que 73% associaram o seu elevado nível de stress físico com a ocorrência do acidente de trabalho. Registou-se, igualmente, um aumento estatisticamente significativo em problemas cerebrais (predominantemente dores de cabeça), e noutras áreas das extremidades corporais e medulares (predominantemente dores na região cervical e região lombar). Apesar do aumento das queixas físicas, os trabalhadores avaliaram a sua saúde no nível “Bom” e aqueles que sofriam de dor avaliaram a dor como “Moderada”.

Quadro 14 Percentagem de queixas psicológicas – 6 anos após a lesão, devido ao acidente de trabalho

Natureza da Queixa	Percentagem
Problemas Cognitivos	
Fadiga	49
Memória	46
Lentidão	44
Pesquisa de palavras	42
Concentração	36
Planeamento	35
Aprendizagem	33
Problemas Comportamentais	
Irritabilidade	31
Impulsividade	29
Problemas Emocionais	
Depressão	27
Perturbações do sono	26
Ansiedade	22

Dimensão Psicológica

Uma ou mais queixas psicológicas foram reportadas por 84% dos acidentados. Comparativamente com a situação antes da lesão, 49% das pessoas reportam fadiga, 44% dizem sentirem-se com mais fadiga, 44% dizem sentirem-se mais lentos e 46% sentem problemas de memória. Quando se procedeu à sub-divisão das queixas psicológicas em 3 categorias distintas (cognitiva, emocional e comportamental) ficou claro que os problemas cognitivos estavam a causar um nível de perturbação superior do que comparativamente aos comportamentais e emocionais (Ver Quadro 15).

Dimensão Social

Emprego – 74% dos acidentados estavam em condições de regressar ao trabalho numa média de 13 meses (janela de tempo entre 2-36 meses) após a lesão, sendo que 14% estavam impossibilitados de desempenhar as suas anteriores funções e mudaram o seu perfil ocupacional. A maioria dos acidentados que regressaram ao trabalho conseguiram cumprir com sucesso as exigências do posto de trabalho, sendo que 81% mantiveram o seu emprego na altura do *follow-up*. 9,26% das pessoas não regressaram ao trabalho após o acidente e recebiam benefícios sociais.

Dimensão Conjugal

27% dos acidentados viram o seu estatuto conjugal mudar devido à lesão e às suas sequelas. 9% dos acidentados reportaram a ruptura da relação na altura do acidente, enquanto 18% reportaram que as suas relações não tinham conseguido sobreviver às consequências da lesão.

Dimensão Lazer

As consequências directas das lesões adquiridas no evento traumático fizeram com que 45% dos acidentados não tenham podido manter a sua principal actividade de lazer. No que concerne às actividades de desporto, a sua natureza havia mudado significativamente ou tinham deixado de existir no quadro de investimentos pessoais dos acidentados - 47% dos acidentados.

Neste contexto, o estudo conclui que, 6 anos após a ocorrência da lesão, persistiram problemas físicos – predominantemente relacionados com a cabeça, a espinal-medula e as extremidades. Outros autores reportaram anteriormente que os problemas médicos persistentes após a lesão ficar-se-iam predominantemente a dever às perturbações ao nível da cervical e extremidades do topo inferior do corpo. Adicionalmente, tem sido sustentado pela investigação que a existência de deficiências nestas zonas do corpo constituem factores de risco altamente significativos no que concerne ao retorno ao trabalho.

Quadro 15 Qualidade de Vida, Depressão e Índices de Status Funcional após Acidente de Trabalho	
Satisfação com a Vida 1= Completamente Satisfeito 7= Completamente Insatisfeito	3.7
Satisfação com a Saúde 1= Completamente Satisfeito 7= Completamente Insatisfeito	3.7
Item Felicidade Muito Feliz Feliz Pouco Feliz	5% 11% 8%
Índice Karnofsky 1= Normal, sem queixas, sem sinais de doença 2= Capaz de investir na actividade normal, sintomas ligeiros de doença 3= Capaz de investir na actividade normal com algum esforço, sintomas de doença 4= Capaz de cuidar de si próprio, mas incapaz de investir na actividade normal ou executar trabalho activo 5= Requer assistência ocasional mas capaz de responder à maior parte das necessidades de cuidado pessoal 6= Requer assistência significativa e serviço médico frequente 7= Com incapacidade, requer cuidados e assistência pessoal.	5% 4% 2% 2% 7% 1% 2%

Os problemas cognitivos (tais como fadiga, memória deficitária e lentidão) constituem os principais sintomas psicológicos. Os resultados deste estudo implicam o reconhecimento de que os problemas psicológicos tendem a persistir por muito mais tempo do que os problemas físicos. Neste sentido, poder-se-á concluir que o processo de reabilitação dever-se-á focalizar mais extensivamente nos aspectos psicológicos da lesão e que é desejável que o apoio profissional se mantenha por um período de tempo significativo.

Um dos resultados promissores, do ponto de vista dos empregadores, baseia-se no facto de que uma vez que as pessoas acidentadas regressem ao trabalho, a maioria é capaz de reter a sua posição profissional ao longo do tempo.

8

Conclusões finais

Os acidentes de trabalho e as doenças profissionais conduzem efectivamente a inúmeros impactos quer para o trabalhador lesionado, quer para todos os outros intervenientes e implicados no processo de recuperação, desde os prestadores de cuidados de saúde, aos empregadores, aos colegas de trabalho, aos amigos, vizinhos e familiares.

Os impactos físico-funcionais, apesar de muito específicos para cada lesão/doença profissional, implicam não só desvios/prejuízos nas funções e estruturas do corpo como também restrições ao nível das actividades e participação do indivíduo nos seus vários contextos. Muitas lesões e doenças afectam não só o nível de participação no contexto profissional, como também no contexto do lar e da vida diária. Determinadas doenças/lesões afectam várias dimensões físico-funcionais, quer ao nível da mobilidade, pela dificuldade de deslocação ou de movimento de objectos (Ex. pegar num simples bule), quer ao nível dos auto-cuidados, em tarefas como escovar o cabelo, ou na vida doméstica, em actos como passar a ferro, entre tantas outras actividades da vida diária. Neste sentido, medidas como consultoria em ajudas técnicas, consultoria no desenho de soluções para os problemas no domínio da funcionalidade e mobilidade, consultoria na adaptação do domicílio e do ambiente de trabalho afiguram-se de elevada responsividade na atenuação dos impactos dos acidentes de trabalho neste domínio de funcionamento humano.

No que diz respeito aos impactos profissionais, verifica-se que as lesões/doenças profissionais afectam a identidade profissional do trabalhador, o que tem consequências ao nível da sua realização pessoal e do seu reportório emocional face ao valor e sentido do trabalho. As relações com os colegas e com os superiores hierárquicos são também muitas vezes afectadas, sendo fundamental o apoio destes agentes para uma reintegração profissional rápida e satisfatória. As expectativas futuras relativamente ao desenvolvimento do percurso profissional são profundamente alteradas, sendo observáveis sentimentos de indignidade, inutilidade e desqualificação perante a percepção de impossibilidade de progressão na carreira. Todos estes factores, aliados à deterioração da saúde, levam a que muitos trabalhadores optem pelas reformas antecipadas, com todos os encargos e impactos a que estas conduzem. No domínio dos impactos profissionais as medidas comumente propostas no design das intervenções focalizam-se na consultoria para o design do projecto profissional e consultoria para a gestão da carreira.

São também muitos os encargos económicos que os trabalhadores e suas famílias têm de suportar, apesar dos esquemas de compensação e de indemnização existentes. Não obstante a grande dificuldade em estimar e parametrizar os custos económicos associados a factores como a saúde, a qualidade de vida, a dor e o sofrimento, têm surgido alguns estudos que pretendem chegar a valores de custos para além dos que são indemnizados. Os trabalhadores vêem os seus rendimentos reduzidos não só devido ao absentismo, mas também devido às despesas de saúde não cobertas pelos seguros, à perda de ganhos futuros, especialmente evidente quando o trabalhador opta pela reforma antecipada, mas mais difíceis de estimar quando se aborda questões como o entrave na progressão da carreira. É de salientar o facto de muitos estudos registarem uma diminuição do nível de vida após uma lesão/doença profissional, constatável através de indicadores como a perda de residência, perda do veículo automóvel, perda de outros bens. A investigação neste domínio tem permitido colocar em evidência que as medidas propostas no design das intervenções com impactos directos e imediatos na atenuação dos efeitos dos acidentes de trabalho ao nível económico baseiam-se na activação de medidas de apoio social, económicas e na mobilização de recursos comunitários.

Os impactos psicológicos e morais são diversos, manifestando-se, em muitos casos, em mudanças significativas no modo de funcionamento psicológico dos indivíduos, quer em traços de personalidade, como por exemplo a introversão, quer em estados de humor e em todo o reportório emocional que o indivíduo vai apresentando,

nomeadamente a culpa, a revolta, a perda de confiança, o sentimento de solidão. Destacam-se ainda nestes impactos o luto, que implica todo um processo de reajustamento biopsicossocial e de aceitação e integração das perdas; a depressão, que se manifesta na perda de interesse e motivação, alterações no sono, no apetite e na concentração, sentimentos de tristeza e de vazio; a ansiedade, que se apresenta nos medos e pensamentos recorrentes e em todos os sentimentos físicos associados como o aumento do ritmo cardíaco, a tensão muscular, os suores; e a dor, presente na zanga, na nostalgia e em todas as memórias intrusivas e traumáticas. Neste sentido, as medidas de intervenção propostas neste domínio focalizam-se privilegiadamente na consultoria psicológica e gestão da adaptação da situação pós-traumática, consultoria na gestão dos processos jurídico-legais com os diferentes actores e Informação sobre o diagnóstico médico, terapêuticas recomendadas e prognóstico clínico do processo de recuperação.

As repercussões dos acidentes de trabalho e doenças profissionais ultrapassam as fronteiras do local de trabalho e da casa da vítima, alastrando-se até outros contextos sociais, nomeadamente aos hospitais, aos tribunais e à comunidade envolvente, abarcando assim diferentes indivíduos e grupos, diferentes estruturas e instituições. A diminuição do orçamento familiar leva, por exemplo, a que o indivíduo participe menos em actividades de lazer. Alguns estudos evidenciam que as lesões interferem mais com o contexto do lar e de lazer do que com a actividade profissional. Muitos estudos verificaram também que a família e os amigos foram profundamente atingidos, quer numa fase inicial, pelo choque, descrença, revolta, culpa, quer na manutenção das relações, implicando redefinição de papéis, de responsabilidades, mudanças na interacção. As rupturas e um certo isolamento foram denominadores comuns em algumas destas famílias. Neste âmbito, as medidas propostas para lidarem responsivamente com os efeitos dos acidentes de trabalho ao nível do sistema familiar baseiam-se na consultoria psicológica e gestão da mudança do sistema familiar à situação pós-traumática.

Ao nível da qualidade de vida, destacam-se vários impactos nomeadamente mudanças na qualidade das relações, quer as emocionalmente significativas, quer as da rede social de apoio; na capacidade de autonomia pessoal, económica, de participação nos contextos de vida e de mobilização dos recursos da comunidade. A nível mais individual são evidentes sentimentos de insegurança, instabilidade e stress psicológico bem como uma diminuição da auto-estima e da auto-percepção de valor e mestria nas várias dimensões da vida. A figura que se segue (Esquema 6) pretende resumir e representar os vários impactos descritos, propondo um modelo interaccional dos impactos.

A compreensão destes impactos é imprescindível para a concepção de programas de intervenção que englobem as várias dimensões afectadas, o que pode passar pela reabilitação físico-funcional, reabilitação neuro-psicológica, formação/reconversão profissional, apoio psicológico e terapia familiar, apoio e mediação social, e que englobem os diferentes actores em todo o processo de recuperação/reintegração. A este propósito atente-se no Quadro 16 que sintetiza as principais medidas de intervenção propostas neste âmbito e o seu nível de contribuição para responder eficazmente aos impactos decorrentes dos acidentes de trabalho nos diferentes domínios.

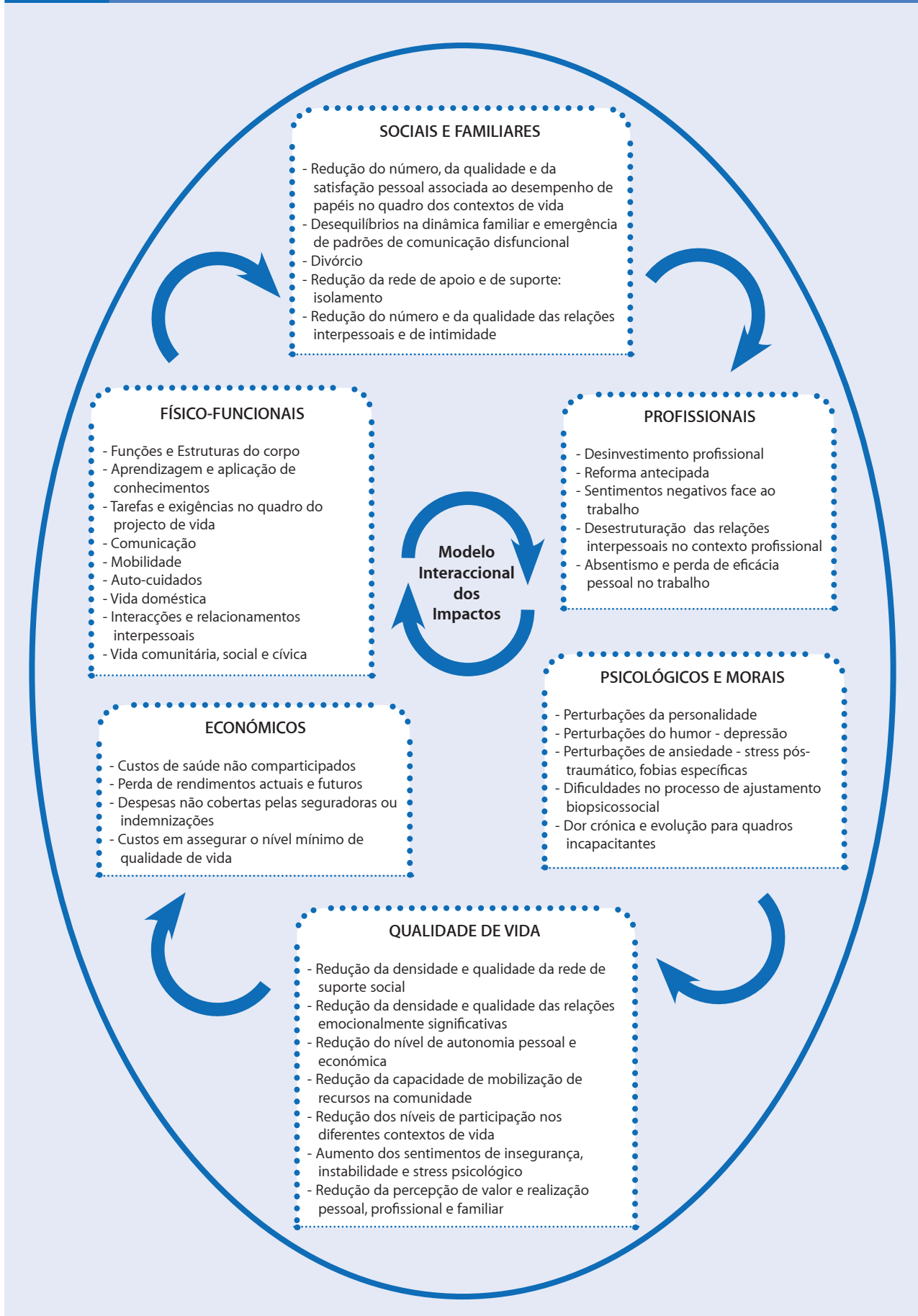
A categorização dos impactos que foi realizada para este trabalho tal como todas as categorizações é artificial e dada a interdependência e inter-relação dos mesmos a sua delimitação torna-se complexa e de difícil execução. Aliás a investigação/literatura relativamente a este tema ainda é muito escassa, parecendo esbarrar muitas vezes em dificuldades metodológicas nomeadamente na demarcação e delimitação de determinadas categorias/constructos e no isolamento das variáveis. Para além disso, muitas investigações apresentam estudos de caso de difícil generalização.

Para futuras investigações urge delimitar com exactidão as categorias de impactos. Seria também interessante que os estudos não se baseassem apenas nas percepções dos trabalhadores, mas também nas percepções de outros intervenientes, como por exemplo os empregadores, os familiares, os colegas de trabalho.

Os instrumentos usados nestes estudos são geralmente instrumentos que não foram construídos para este efeito, nomeadamente instrumentos no âmbito da qualidade de vida (Ex. SF-36), que de certa forma descuram aspectos relacionados com os impactos funcionais e vocacionais para o indivíduo, podendo ser este outro objectivo futuro de novas investigações.

Por último, ainda há dimensões de impactos relativamente pouco estudadas nomeadamente os impactos de um acidente de trabalho e de uma doença profissional para os diferentes membros da família e para a comunidade envolvente.

Esquema 6 Modelo interaccional dos impactos



Quadro 16 Nível de contribuição de cada medida de intervenção nos diferentes domínios de impacto no quadro dos acidentes de trabalho.

		Domínios de Impacto					
		Físico-funcionais	Profissionais	Económicos	Psicológicos e Morais	Sociais e Familiares	Qualidade de Vida
Medidas de Intervenção	Consultoria em Ajudas Técnicas	⦿⦿⦿	⦿	∇	⦿	⦿	⦿⦿
	Consultoria no desenho de soluções para problemas no domínio da funcionalidade e mobilidade	⦿⦿⦿	⦿	∇	⦿	⦿	⦿⦿
	Consultoria na adaptação do domicílio e do ambiente de trabalho	⦿⦿⦿	⦿⦿	∇	⦿	⦿⦿	⦿⦿
	Consultoria na reorganização do projecto de vida	∇	⦿	⦿	⦿⦿	⦿⦿	⦿⦿
	Intervenção na readaptação/reeducação para os diferentes contextos e experiências de vida	∇	∇	∇	⦿⦿⦿	⦿⦿	⦿⦿⦿
	Consultoria no domínio do projecto profissional	∇	⦿⦿⦿	⦿⦿	⦿⦿	⦿	⦿⦿⦿
	Consultoria no domínio da gestão da carreira	∇	⦿⦿⦿	⦿⦿	⦿⦿	⦿	⦿⦿⦿
	Consultoria para activação de medidas de apoio económico e social	∇	∇	⦿⦿⦿	⦿⦿	⦿⦿	⦿
	Consultoria para a mobilização de recursos comunitários	∇	∇	∇	⦿	⦿⦿	⦿
	Consultoria psicológica e gestão da adaptação da situação pós-traumática	∇	∇	∇	⦿⦿⦿	⦿⦿	⦿⦿
	Consultoria na gestão dos processos jurídico-legais com os diferentes actores	∇	∇	∇	⦿⦿	⦿⦿	⦿
	Informação sobre o diagnóstico médico, terapêuticas recomendadas e prognóstico clínico do processo de recuperação	∇	∇	∇	⦿⦿	⦿	⦿
	Consultoria Psicológica e gestão da mudança do sistema familiar à situação pós-traumática	∇	∇	∇	⦿⦿	⦿⦿⦿	⦿⦿

Legenda: Grau de contribuição da medida de intervenção sobre as consequências emergentes no domínio de impacto

- ∇ – Contribuição periférica e indirecta
- ⦿ – Contribuição mediana
- ⦿⦿ – Contribuição significativa
- ⦿⦿⦿ – Contribuição muito significativa

9

Referências bibliográficas

Adams, M., Burton, J., Butcher, F., Graham, S., McLeod, A., Rajan, R.; Whatman, R.; Bridge, M.; Hill, R.; Johri, R. (2002). *Aftermath: The social and economic consequences of workplace injury and illness*. New Zealand: Department of Labour and the Accident Compensation Corporation.

American Medical Association (1995). *Guides to the evaluation of Permanent Impairment*, 4th. Ed. New York.

Assunção, A. (1998). *De la déficence à la gestion collective du travail – Les troubles musculosquelettiques dans la restauration collective*. Ecole pratique des Hautes Études : Paris.

Bach JR, Tilton MC. Life satisfaction and well-being measures in ventilator assisted individuals with traumatic tetraplegia. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75:626-32.

Bach, C.A., & McDaniel, R.W. (1993). Quality of life in quadriplegic adults: A focus group study. *Rehabilitation Nursing*, 18(6), 364-367.

Berg, B.L. (1995). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. 2nd ed. Toronto: Allyn & Bacon.

Brown M, Vandergoot D. Quality of life for individuals with traumatic brain injury: Comparison with others living in the community. In *Journal Head Trauma Rehabilitation* 1998;13:1-23.

Burleigh SA, Farber RS, Gillard M. Community integration and life satisfaction after traumatic brain injury: Long-term findings. *Am J Occup Ther* 1998;52:45-52.

Burton, J., Butcher, F.; Whatman, R.; McLeod, A.; Graham, S.; Rajan, R; Adams, M; Margaret, B; Hill, R.; Johri, R. (2002). *Evaluating the social and economic consequences of workplace injury and illness*. New Zealand: Workplace Safety and Health.

Cella, D.F. (1992). Quality of life: The concept. *Journal of Palliative Care*, 8(3), 8-13.

Clayton KS, Chubon RA. Factors associated with the quality of life of long-term spinal cord injured persons. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75:633-38.

Crewe NM, Krause JS. Marital status and adjustment to spinal cord injury. *J Am Paraplegia Soc* 1992;15:14-18.

Crisp R. The long-term adjustment of 60 persons with spinal cord injury. *Aust Psychologist* 1992; 27:43-47.

Cushman LA, Hassett J. Spinal cord injury: 10 and 15 years after. *Paraplegia* 1992; 30:690-96.

Day, H. (1993). Quality of life: Counterpoint. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6(3), 135-142.

- Decker SD, Schulz R. Correlates of life satisfaction and depression in middle-aged and elderly spinal cord-injured persons. *Am J Occup Ther* 1985; 39 :740-45.
- Dembe, A. (2001). The social consequences of occupational injuries and illnesses. In *American Journal of Industrial Medicine*, 40, 403-417.
- Diener E, Emmons R, Larsen R, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess* 1985; 49:71-75.
- Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull* 1984; 95: 542-75.
- Dijkers MP. Correlates of life satisfaction among persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 867-76.
- Dijkers MP. Quality of life after spinal cord injury: a meta-analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord* 1997; 35 : 829-40.
- Dowler R, Richards JS, Putzke JD, Gordon W, Tate D. Impact of demographic and medical factors on satisfaction with life after spinal cord injury: a normative study. *J Spinal Cord Med* 2001;24(2):87-91.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., & Deal, A.G. (1994). *Supporting and Strengthening Families. Volume 1: Methods, Strategies and Practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Engel, G.E. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 13, 535-543.
- Engstrom, B., & Nordeson, A. (1995). What neurological patients regard as quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 4(3), 177-183.
- Faden, R., & German, P.S. (1994). Quality of life: Considerations in geriatrics. *Clinics in Geriatric Medicine*, 10(3), 541-551.
- Ferrans, C.E. (1992). Conceptualizations of quality of life in cardiovascular research. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 7(2), 2-6.
- Fuhrer MJ, Rintala DH, Hart KA, Clearman R, Young ME. Relationship of life satisfaction to impairment, disability, and handicap among persons with spinal cord injury living in the community. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73:552-57. ~
- Galvão (S/data). Surdez profissional: Os riscos sonotraumáticos e a medicina do trabalho. In *Cadernos de ambiente AIP*.
- Gillen, M., Jewell, S., Faucett, J. and Yelin, E. (2004). Functional Limitations and Well-being in injured municipal Workers: A longitudinal study In *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 14, no. 2.
- Gordon, P. and Perrone, K. (2004). When spouses become caregivers: counselling implications for younger couples In *Journal of Rehabilitation*, Vol. 70, no.2, 27-32.
- Granger CV, Divan N, Fiedler RC. Functional assessment scales. A study of persons after traumatic brain injury. *Am J Phys Med Rehabil* 1995; 74:107-13.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H., & Patrick, D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8). 622-629.

Hamilton BB, Granger CV, Sherwin FF, Zielezne M, Tashman JS. A uniform national data system for medical rehabilitation. In Fuhrer MJ, editor; *Rehabilitation outcomes: Analysis and measurement*. Baltimore (MD): Brookes Publishing; 1987. p. 137-47.

Hamilton BB, Laughlin JA, Fiedler RC, Granger CV. Interrater reliability of the 7-level functional independence measure (FIM). *Scan J Rehabil Med* 1994; 26:115-19.

Heinemann AW, Hamilton BB, Granger C, Wright BD, Linacre JM, Betts HB, Aguda B, Mamott BD. Rating scale analysis of Functional Assessment Measures: 1991 final report of innovation grant from National Institute on Disability and Rehabilitation Research. Chicago: Rehabilitation Institute of Chicago; 1991.

Heinemann AW, Hawkins D. Substance abuse and medical complications following spinal cord injury. *Rehabil Psychol* 1995;40:125-40.

Heinemann AW, Linacre JM, Wright BD, Hamilton BB, Granger C. Relationships between impairment and physical disability as measured by the Functional Independence Measure. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74:566-73.

Heinemann AW, Whiteneck GG. Relationships among impairment, disability, handicap, and life satisfaction in persons with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1995; 10 :54-63.

Hughes, C., Hwang, B., Kim, J., Eisenman, L.T., & Killian, D.J. (1995). Quality of life in applied research: A review and analysis of empirical measures. *American Journal on Mental Retardation*, 99(6), 623-636.

Keogh, J., Nuwayhid, I., Gordon, J. and Gucer, P. (2000). The impact of occupational injury on injured worker and family: Outcomes of Upper Extremity Cumulative Trauma Disorders in Maryland Workers. In *American Journal of Industrial Medicine*, 38, 498-506.

Khan, F., Baguley, I., Cameron, D. (2003). Rehabilitation after brain injury In *Rehabilitation Medicine*, vol. 178, 290-295.

Kinney WB, Coyle CP. Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73:863-69.

Krause JS, Sternberg M. Aging and adjustment after spinal cord injury: The roles of chronologic age, time since injury, and environmental change. *Rehabil Psychol* 1997; 42:287-302.

Krause JS. Subjective well-being after spinal cord injury: Relationship to gender, race-ethnicity, and chronologic age. *Rehabil Psychol* 1998; 43 :282-96.

Kreuter M, Sullivan M, Dahllöf AG, Siosteen A. Partner relationships, functioning, mood, and global quality of life in persons with spinal cord injury and traumatic brain injury. *Spinal Cord* 1998; 36:252-61.

Linacre JM, Heinemann AW, Wright BD, Granger CV, Hamilton BB. The structure and stability of the Functional Independence Measure. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75: 127-32.

MacPherson, G. (1996). The quality of life question. Status Report, Premier's Council on the Status of Persons with Disabilities. May 1996, 2.

Magalhães, T. (1998). Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação (sua aplicação médico-legal). Coimbra: Almedina.

McColl MA, Rosenthal C. A model of resource needs of aging spinal cord injured men. *Paraplegia* 1994; 32:261-70.

McDaniel, R.W., & Bach, C.A. (1994). Quality of life: A concept analysis. *Rehabilitation Nursing Research*, 3(1), 18-22.

OMS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Parmenter, T.R. (1994). Quality of life as a concept and measurable entity. *Social Indicators Research*, 33, 9-46.

Patrick, D.L., & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy*. New York: Oxford University Press.

Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *J Pers Assess* 1991; 57:149-61.

Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychol Assess* 1993; 5:164-72.

Pennathur, A. and Mital, A. (1999). A comparison of functional capabilities of individuals with and without simulated finger disabilities: an exploratory study In *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 9, no. 4.

Pentland W, McColl MA, Rosenthal C. The effect of aging and duration of disability on long term health outcomes following spinal cord injury. *Paraplegia* 1995; 33: 367-73.

Post MW, de Witte LP, Van Asbeck FW, Van Dijk AJ, Schrijvers AJ. Predictors of health status and life satisfaction in spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 395-401.

Post MW, Ros WJG, Schrijvers AJP. Impact of social support on health status and life satisfaction in people with a spinal cord injury. *Psychol Health* 1999; 14: 679-95.

Post MW, Van Dijk AJ, Van Asbeck FW, Schrijvers AJ. Life satisfaction of persons with spinal cord injury compared to a population group. *Scan J Rehabil Med* 1998; 30: 23-30.

Pransky, G., Benjamin, K., Savageau, J, Currivan, D. And Fletcher, K. (2005). Outcomes in Work-related injuries: a comparison of older and younger workers. In *American Journal of Industrial Medicine*, 47, 104-11

Putzke JD, Elliott TR, Richards JS. Marital status and adjustment one year post spinal cord injury. *J Clin Psychol Med Settings* 2001;8:101-107.

Putzke JD, Hicken BL, Richards JS. Race: Proxy versus predictor variable? Outcomes following spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. In press 2000.

Putzke JD, Richards JS, Hicken BL, DeVivo MJ. Predictors of life satisfaction: A spinal cord injury cohort study. *Arch Phys Med Rehabil*. In press 2001.

Rasch G. (1960). *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Copenhagen: Denmark's Paedagogiske Institute. Chicago: University of Chicago Press; 1980.

Richards JS, Bombardier CH, Tate D, Dijkers M, Gordon W, Shewchuk R, DeVivo MJ. Access to the environment and life satisfaction after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:1501-1506.

Salgado (2002). Adaptação/Readaptação ao Trabalho como Processo de Reabilitação Funcional na Inclusão Social de Pessoas com Deficiência In *Integrar*, no. 18, 11-18.

Schulz R, Decker SD. Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. *J Pers Soc Psychol* 1985; 48:1162-72.

Stover SL, DeLisa JA, Whiteneck GG. (1995). *Spinal cord injury: Clinical outcomes from the model systems*. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers, Inc.

Torrance, G.W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Disease*, 40, 593:600.

Vogel LC, Klaas SJ, Lubicky JP, Anderson CJ. Long-term outcomes and life satisfaction of adults who had pediatric spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79:1496-503.

Warren L, Wrigley JM, Yoels WC, Fine PR. Factors associated with life satisfaction among a sample of persons with neurotrauma. *J Rehabil Res Dev* 1996;33:404-8.

Webb CR, Wrigley JM, Yoels WC, Fine PR. Explaining quality-of-life for persons with traumatic brain injuries 2 years after injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1995;76: 1113-19.

Whiteneck GG, Charlifue SW, Frankel HL, Fraser MH, Gardner BP, Gerhart KA, Krishnan KR, Menter RR, Nuseibeh I, et al. Mortality, morbidity, and psychosocial outcomes of persons spinal cord injured more than 20 years ago. *Paraplegia* 1992;30:617-30.

Wood-Dauphinee, S., & Kuchler, T. (1992). Quality of life as rehabilitation outcome: Are we missing the boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6(1), 3-12.

Relatório elaborado no âmbito do Estudo “Programa de apoio à manutenção e retorno ao trabalho das vítimas de doenças profissionais e acidentes de trabalho”, promovido pelo CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

Outras publicações

Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal
Das Práticas Actuais aos Novos Desafios

Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal
Das Práticas Actuais aos Novos Desafios (Tríptico)

Impactos dos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais*
Guia de Apoio às Empresas

Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal*
Riscos Profissionais: Factores e Desafios

Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal*
Regime Jurídico da Reparação dos Danos

Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal*
Disability Management: Uma Nova Perspectiva de Gerir a Doença, a Incapacidade e a Deficiência nas Empresas

* disponíveis para download em www.crbg.pt



Av. João Paulo II - 4410-406 Arcozelo VNG - PORTUGAL
T. +351 227 537 700 F. +351 227 629 065
www.crbg.pt



Co-financiado pelo FSE

